

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Fysioterapia

2013

Taina Piittisjärvi

**RYHMÄMUOTOISEN
LIIKUNTANEUVONNAN VAIKUTUS
PARKINSONIN TAUTIA SAIRASTAVIEN JA
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN
SAIRASTANEIDEN OMAEHTOISEEN
LIIKUNTAAN**

– seurantatutkimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Taina Piittisjärvi

RYHMÄMUOTOISEN LIIKUNTANEUVONNAN VAIKUTUS PARKINSONIN TAUTIA SAIRASTAVIEN JA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN SAIRASTANEIDEN OMAEHTOISEEN LIIKUNTAAN

– seurantatutkimus

Suomen Parkinson-liitto ja Aivoliitto toteuttivat vuosina 2010–2012 yhteisen Ryhmävoimaa – hankkeen, jonka tavoitteena oli kehittää ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli liian vähän terveytensä kannalta liikkuville Parkinsonin tautia sairastaville ja Aivoverenkiertohäiriön sairastaneille potilaille. Terveysliikunta-hanketta pilotoitiin viidellä paikkakunnalla; Porissa, Vaasassa, Mikkeliissä, Seinäjoella ja Ranualla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli arvioida ryhmämuotoisen liikuntaneuvontamallin vaikuttavuutta pitkällä aikavälillä. Saatua tietoa käytetään jatkohankkeen suunnittelussa ja ryhmämuotoisen neuvontamallin kehittämisessä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin arviointitutkimusta, joka toteutettiin seurantakyselyn avulla. Seurantakyselyn vastauksia verrattiin Ryhmävoimaa – hankkeen alku- ja loppukyselyn vastauksiin. Kohderyhmäksi valikoituivat Porin pilottiryhmät (n=22), joissa neuvonta oli toteutunut hankkeen mallin mukaisesti. Porin neuvontaryhmien päättymisestä oli myös kulunut pisin aika (yli kaksi vuotta), jolloin pystyttiin arvioimaan pitkällä aikavälillä tapahtunutta muutosta neuvontaryhmäläisten liikuntakäyttäytymisessä.

Ryhmäläiset kokivat ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan edelleen hyödylliseksi. He harrastivat edelleenkin samoja liikuntalajeja kuin hankkeen alku- ja loppukyselyssä. Liikunnan määrä oli laskenut alkukyselyn tasolle, mutta ryhmäläiset harrastivat liikuntaa kuitenkin monipuolisemmin kuin ennen neuvontaryhmiä. Fyysiset ongelmat (ikäääntyminen ja pitkäaikaissairaus) olivat rajoittaneet eniten ryhmäläisten liikunnan harrastamisen määrää.

Hankkeen potilasryhmillä liikuntaan motivoituminen vaatii aikaa, ammattitaitoista ohjausta ja ryhmäläisten intensiivistä juurruttamista kunnassa jo olemassa oleviin liikuntapalveluihin. Liikuntamotivaatio laskee helposti toimintakyvyn heiketessä. Pitkäaikaissairaiden liikuntaneuvonnalle tulisi olla jatkoa, päivitystä uusien ongelmien kohdatessa. Tämä edellyttäisi liikunnan ja neuvonnan tasoryhmien luomista kuntiin, jolloin liikunnan ja neuvonnan tarve sekä tarjonta kohtaisivat toisensa paremmin. Terveys- ja liikuntatoimen sekä kolmannen sektorin yhteistyö ovat edellytys toimivalle, ryhmämuotoiselle liikuntaneuvonnalle.

ASIASANAT: Liikuntaneuvonta, ryhmämuotoisuus, Aivoverenkiertohäiriö, Parkinsonin tauti.

Taina Piittisjärvi

THE IMPACT OF THE GROUP-BASED EXERCISE COUNSELLING ON SELF-ORGANIZED EXERCISE OF PATIENTS HAVING PARKINSON'S DISEASE AND OF THOSE HAVING RECOVERED FROM CEREBRAL BLOOD CIRCULATION DISORDERS

– monitoring research

The Finnish Parkinson Association and the Finnish Brain Association carried out a shared Group power- project in the years 2010-2012. The objective of the project was to develop a group-based physical exercise counselling model for the patients suffering from Parkinson's disease and the patients who had recovered from cerebral blood circulation disorder and who had too little exercise in terms of health. The health related project was piloted in five localities; Pori, Vaasa, Mikkeli, Seinäjoki and Ranua.

The aim of this thesis was to evaluate the effectiveness of the group-based exercise counselling model in the long term. The resulting information will be used in planning a further project and in developing a group-based counselling model.

The research method which was used was an evaluation study, which was carried out using follow-up surveys. The follow-up survey responses were compared to the answers of the beginning and the end of the Group Power – project. The target group was selected to be the pilot groups (3) in Pori, where the counselling had been carried out according to the model of the project. This was also because the longest time (for over two years) had passed since the counselling had finished in the groups in Pori compared with those in other places mentioned.

The group continued to consider the group-based physical activity useful. They still practiced the same sports activities as in the beginning and end of the survey. The amount of the exercise had fallen to the same level as in the beginning of the survey, but the group members practiced more versatile physical activities, however, than before the group-based counselling. Physical problems had limited the most the amount of physical activity of the group members.

The exercise motivation of the patient groups of the project requires time, professional guidance, and the strong emerging into existing sports facilities in the municipality. The physical exercise motivation decreases easily with the diminished ability to act. Physical activity counselling for patients with chronic diseases should continue, and it should be updated to meet with new problems. This would require streaming in physical exercise and counselling in the municipalities, when the need for exercise and advisory services, as well as the supply would face each other better. The co-operation between the health and sports sector, as well as the third sector in the municipality is a prerequisite for a functioning, group-based exercise counselling.

KEYWORDS: exercise counselling, group support, stroke, Parkinson's disease

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 LIIKUNTANEUVONTA	7
2.1 Liikuntaneuvonnan toteuttaminen	7
2.2 Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta	9
3 PARKINSONIN TAUTI	10
3.1 Parkinsonin tauti ja liikunta	10
3.2 Parkinsonin tauti ja kustannukset	11
4 AIVOVERENKIERTOHAIRIO (AVH)	12
4.1 AVH ja liikunta	12
4.2 AVH ja kustannukset	13
5 RYHMÄVOIMAA -HANKKEEN RYHMÄMUOTOINEN LIIKUNTANEUVONTA	14
5.1 Ryhmävoimaa -hanke (2010-2012)	14
5.2 Hankkeen ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli	14
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
7.1 Tutkimusmenetelmä	17
7.2 Kohderyhmä	17
7.3 Seurantakyselylomake	18
7.3.1 Lomakkeen kysymykset	19
7.4 Tutkimusaineiston keruu	20
7.4.1 Primäärinen tutkimusaineisto	20
7.4.2 Sekundäärinen tutkimusaineisto	21
7.5 Aineiston analysointi	22
8 TULOKSET	23
8.1 Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit ja liikunnan määrä	23
8.2 Ryhmäläisten liikunnan harrastamista estävät tai vaikeuttavat tekijät	25
8.3 Neuvontaryhmissä ohjattujen liikuntalajien harrastaminen	26
8.4 Neuvontaryhmissä ohjattujen liikuntapaikkojen käyttö	27
8.5 Löytyikö neuvontaryhmästä liikuntakaveria, jonka kanssa oli liikkunut neuvontaryhmien päättymisen jälkeen	27

8.6 Ryhmäläisten kokemat hyödyt ja ongelmat ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta 28

8.6.1 Hyödyt 28

8.6.2 Ongelmat 29

9 YHTEENVETO 30

9.1 Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit ja liikunnan määrä 30

9.2 Liikkumisen harrastamisen esteet 31

9.3 Neuvontaryhmissä ohjatut liikuntalajit ja -paikat 31

9.4 Liikuntakaverin löytyminen 32

9.5 Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan hyödyt ja ongelmat 33

10 POHDINTA 34

10.1 Motivaation merkitys pitkäaikaissairaana liikunnan harrastamisessa 34

10.2 Kehittämisen- ja jatkohanke-ehdotukset 36

10.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus 37

10.4 Opinnäytetyön oppimisprosessi 39

LÄHTEET 40

LIITTEET

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusaineiston keruu 21

Kuvio 2. Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit 25

Kuvio 3. Liikunnan määrä neuvontaryhmäläisten keskuudessa 25

Kuvio 4. Neuvontaryhmäläisten liikkumista estävät ja vaikeuttavat tekijät 26

Kuvio 5. Neuvontaryhmissä ohjatut liikuntalajit ja niiden harrastaminen 27

Kuvio 6. Neuvontaryhmissä ohjattujen liikuntapaikkojen käyttö 28

Kuvio 7. Elämäntapamuutoksen vaiheet-malli, Prochaska & DiClemente 1983 36

TAULUKOT

Taulukko 1. Seurantakyselyyn osallistuneiden Porin neuvontaryhmäläisten taustatiedot 24

1 JOHDANTO

Ryhmävoimaa -hanke (2010–2012) oli Suomen Parkinson-liiton ja Aivoliiton yhteinen terveysliikuntahanke, jota Suomen Parkinson-liitto hallinnoi ja Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoitti. Hankkeen tavoitteena oli kehittää ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli liian vähän terveytensä kannalta liikkuville Parkinson- ja aivohalvauspotilaille, joilla liikkumattomuuden syynä oli usein yksinäisyys, tiedon puute liikunnan mahdollisuuksista tai sairaudesta johtuvat toiminnan ja kommunikoinnin rajoitukset. (Moisio 2012, 5.)

Ryhmävoimaa -hankkeen loppuraportin mukaan kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluvat innostuivat harrastamaan omaehtoista liikuntaa samassa ryhmässä eivätkä kokeneet eri sairausdiagnooseja esteeksi yhteiselle toiminnalle. Liikunnan harrastamiseen liittyviä esteitä saatiin vähennettyä ja vertaistuki toteutui hienosti. Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta koettiin hyödylliseksi. (Savolainen 2011, 8; Moisio 2012, 45–46.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida, oliko Ryhmävoimaa -hankkeen tuottama ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli riittävän tehokas pitämään ryhmäläisten liikuntamotivaatioita yllä pitkällä aikavälillä. Aikaisemmat tutkimukset liikuntaneuvonnasta ovat tuoneet esille, että liikuntamotivaatio laskee jo puolessa vuodessa, ellei neuvottaville ole järjestetty ylläpitävää toimintaa tai seurantaa (Kiiskinen ym. 2008, 156–157). Toisaalta, jos neuvonnan jälkeen osallistujille on järjestetty säännöllistä seurantaa, liikuntamotivaatio on säilynyt pidempään (Mänty 2010, 77).

Arvioinnin avulla oli myös tarkoitus tuottaa lisätietoa Suomen Parkinson-liiton Ryhmävoimalla liikkeelle -jatkohanketta varten; esim. miten neuvontamallia tulisi tarvittaessa kehittää, jotta osallistujien motivaatio liikkumiseen säilyisi pidempään.

Parkinson- ja aivohalvauspotilaiden yhteisesti toteutetusta liikuntaneuvonnasta ei ole tehty muita aikaisempia tutkimuksia kuin Aivovoimaa- (2007-2009) ja Ryhmävoimaa -hankkeet (2010-2012).

2 LIIKUNTANEUVONTA

Kuntien velvollisuus on järjestää asukkailleen mahdollisuudet ja puitteet erityisryhmien liikunnan harrastamiseen (Liikuntalaki 1998/1054). Terveystieteidenhuoltolaki määrittelee, että kunnan tulee järjestää alueellaan asuville asukkaille terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveystieteidenhuoltolaki on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin siten, että ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa. (Terveystieteidenhuoltolaki 2012/1326.)

Liikuntaneuvonta on henkilökohtainen ja yksilöllinen liikunnan ohjaamisen muoto. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta on ammattihenkilön ja asiakkaan keskinäistä neuvottelua. Liikuntaneuvonnan tavoitteet asetetaan yksilöllisesti, jolloin arvioidaan asiakkaan lähtötilanne ja resurssit muutosta kohtaan. Menestyksellisen liikuntaneuvonnan avulla asiakkaan aktivoituminen ja motivoituminen on mahdollista. (Nupponen & Suni 2011, 213; Rahko 2010, 6; Pietilä 2009, 9-18.)

Liikuntaneuvonta on prosessi, jossa asiakasta tuetaan tekemään myönteisiä muutoksia liikkumistottumuksiinsa vähitellen. Prosessi voidaan jakaa kolmeen osaan; muutosvalmius-, kokeilu- ja tottumusvaiheeseen. Kokeiluvaihe on näistä prosessin vaiheista aktiivisin ja edellyttää liikuntalajien käytännön kokeilua sekä ohjausta. Liikunnan vakiintuminen asiakkaan arkeen vie jopa vuosikausia. Silti keskeytykset ovat yleisempiä kuin jatkuva liikunnan harrastaminen. Keskeytyksen syynä saattaa olla sairastuminen, lomat tai kyllästyminen. Sairastumisen jälkeinen liikunta edellyttää uutta mahdollisuutta neuvontaan tai aikaisemman päivittämistä. (Nupponen & Suni 2011, 214–218.)

2.1 Liikuntaneuvonnan toteuttaminen

Liikuntaneuvonnan pääpaino on arkiliikkumisessa, joka voi monille olla säännöllisempää kuin ohjattu liikunta. Neuvonnan vaikutusten säilyminen edellyttää kuitenkin säännöllistä seuranta, joka toteutuu parhaiten terveydenhuollon ja lii-

kunta-alan ammattilaisten yhteistyönä. (Käypähoito-suositus 2012; Nupponen & Suni 2011, 218.)

Keskeistä liikuntaneuvonnassa on systemaattisuus ja yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa. Liikuntaneuvontaa voidaan toteuttaa esim. Viiden A:n ja Kuuden K:n periaatteella, liikkumisreseptin tai UKK-instituutin Soveltavan liikuntapiirakan terveysliikuntasuosituksen avulla. Viiden A:n ja Kuuden K:n periaate sisältää minimikriteerit asiakaslähtöiselle liikuntaneuvonnan toteuttamiselle ja vaikutusten seuraamiselle (Nupponen & Suni 2011, 213). Liikkumisresepti sisältää liikuntaneuvonnan ydinkohdat. Potilaan neuvonta tapahtuu suullisesti liikkumisreseptiä täytettäessä ja sitä voi käyttää myös lähetteenä liikuntaneuvontaan. Soveltava liikuntapiirakka on kohdennettu aikuisille, joiden toimintakyky on jollain tavoin alentunut tai liikkumista vaikeuttaa jokin sairaus. Osa perinteisessä liikuntapiirakassa olevista vaativammista liikuntalajeista on muutettu paremmin erityisryhmille soveltuviksi liikuntamuodoiksi. (Aittasalo & Vasankari 2011, 197–202; UKK-instituutti 2011.) Soveltavan liikunnan piirakan käyttö ohjauksessa edellyttää ohjaajalta tietoa neuvottavan sairauden erityspiirteistä esim. levon ja palautumisen tärkeydestä.

Rasinahon (2007, 15, 90–102) mukaan läkkäät henkilöt, joilla oli havaittavissa jo joitakin ennakoivia merkkejä liikunnan rajoittumisesta, hyötyivät yksilöllisestä liikuntaneuvonnasta ja toimista, joilla voitiin vähentää koettuja liikkumisen esteitä. Tällaisia olivat esim. liikkumisen pelon vähentäminen ja liikuntaseuralaisen järjestäminen. Liikuntaneuvonnalla voitiin ylläpitää myös iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyä (Mänty 2010, 77). Puhelimitse toteutettu liikuntaneuvonta lisäsi selvimmin sellaisten iäkkäiden henkilöiden liikunta-aktiivisutta, jotka olivat aiemmin harrastaneet vain vähän liikuntaa (Kolt ym. 2007, 986–992).

Monilla liikuntaneuvonnassa olleilla liikuntamotivaatio laski neuvontaryhmien päättymisen jälkeen puolen vuoden tai vuoden sisällä (Kiiskinen ym. 2008, 156–157), mutta pitkällä aikavälillä (3kk) toteutetun liikuntaneuvonnan todettiin olevan vaikuttavaa vielä 12 kuukauden jälkeen, jos siihen oli liittynyt seuranta (Kersey ym. 2005, 1951).

2.2 Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta

Ryhmä on ihmisen luonnollinen oppimisympäristö. Ihminen syntyy johonkin yhteisöön, useimmiten perheeseen, ja viettää suurimman osan ajastaan yhteisöissä. Ryhmä, jossa oppiminen tapahtuu, on yksilölle merkityksellinen. Oppimisen prosessit ovat sidoksissa ryhmään, jossa oppiminen tapahtuu. Oppijoiden kokemuksissa ryhmän sisäinen dynamiikka onkin usein varsinaista virallista ja julkilausuttua oppimisen kohdetta merkittävämpää. (Nikkola 2011,13.)

Ryhmämuotoisen ja yksilöllisen liikuntaneuvonnan yleiset tavoitteet ovat samat, mutta ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan edut yksilölliseen neuvontaan verrattuna ovat vertaistuki, joka motivoi ja helpottaa yksilön kannalta uusien asioiden oppimista sekä pienemmät kustannukset. Elintaparyhmissä sopiva ryhmän koko (5-12) mahdollistaa ryhmäläisten yksilöllisen huomioon ja neuvonnan. (Elo-ranta & Virkki 2011, 77, 82.) Jos ryhmäläisillä on paljon toimintakyvyn tai kommunikoinnin rajoitteita, tulee neuvontaryhmän koon olla riittävän pieni (5-8) tai ohjaajien ja avustajien määrää lisätä. Tällöin ohjaaja pystyy huomioimaan, havainnoimaan ja kommunikoimaan kaikkien ryhmäläisten kanssa neuvonnan aikana.

Ihmisiä kannustaa liikkumaan itselle mieluinen liikuntamuoto. Tämän vuoksi ohjaajan olisi osattava kuunnella ryhmäläisiä ja huomioida toiminnan suunnittelussa toimintakyvyn lisäksi myös ryhmäläisten toiveet (Nikkola 2011, 73–77).

Ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta, jossa tavoitteena on liikkumisen, motiivoinnin ja voimaantumisen kautta ohjata neurologisia osallistujia aktiivisiksi liikkujiksi, ei ole vielä löytynyt ryhmävoimaa-hanketta vastaavia tutkimuksia. Stanfordin Yliopistossa on kehitetty 1990-luvun puolessa välissä Arkeen Voimaa-toimintamalli. Tämän tavoitteena on auttaa pitkäaikaissairaita tekemään myönteisiä muutoksia elämässään ja yllä pitämään niitä arjessa esim. myös liikunnassa. Toiminta perustuu vertaisuuteen, minuuden vahvistamiseen ja ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen. (Paahtama & Välimäki 2012.)

3 PARKINSONIN TAUTI

Parkinsonin tauti on parantumaton ja etenevä neurologinen sairaus, jonka aiheuttajaa ei vielä tiedetä. Keski-ikä sairastuneilla on noin 60 vuotta ja yksi kymmenestä diagnosoidaan jo 50-vuotiaana. Keskiaivojen alueella sijaitsevien substantiain dopaminein hermosolut tuhoutuvat vähitellen. Tästä aiheutuu dopaminein välittäjäaineen puutos, joka näkyy lähinnä liikkeiden ja liikkumisen häiriönä. Parantavaa hoitoa tautiin ei vielä tiedetä. (EPDA 2011, 7- 8.) Yli miljoona ihmistä Euroopassa sairastaa Parkinsonin tautia ja määrän arvioidaan vuoteen 2030 mennessä kaksinkertaistuvan. Parkinsonin tauti on toiseksi yleisin neurodegeneratiivinen sairaus Alzheimerin jälkeen. Miehillä sairautta esiintyy enemmän kuin naisilla. Sairauden eteneminen on yksilöllistä ja sitä esiintyy kaikkialla maailmassa. (EPDA 2011, 4 - 5.) Suomessa arvioidaan sairastavia olevan noin 10 000 (Suomen Parkinson-liitto ry, 2013).

Keskeisimmät oireet ovat lepovapina, hitaus, jäykkyys, ryhdin kumaruus ja tasapaino-ongelmat. Pystyasennon hallinta vaikeutuu varsinkin tukipinnan kaventuessa. Liikkumisessa käsien myötäliikkeet pienenevät ja käden ojennus taakse vaikeutuu, askeleet lyhenevät ja mataloituvat. Kävelyn askellus muuttuu ”hiihämiseksi”. Parkinsonin tautiin liittyvä toiminnanohjauksen vaikeutuminen (saamattomuus) hankaloittaa omaehtoisen toiminnan ja liikunnan säännöllistä suorittamista. (Martikainen 2011.)

3.1 Parkinsonin tauti ja liikunta

Parkinsonin taudissa toimintakyvyn edellytys on oikeanlainen lääkitys, jonka rinnalla omaehtoinen liikunta on yksi tärkeimmistä itsehoitokeinoista. Jo sairauden alkuvaiheessa aloitettu liikuntaharjoittelu vähentää sairauden tuomia toimintakyvyn ongelmia ja ylläpitää fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Läheisen, liikuntakaverin tai vertaisliikkujan olemassaolo ja kannustus on merkittävä tekijä liikunnan toteutumiselle. (Kuopio 2012, 36–37; Koivunen ym. 2010, 2-5.)

Parkinsonin tautia sairastava tulisi jo sairauden alkuvaiheessa ohjata fysioterapeutille toimintakyvyn kartoittamista ja omaehtoisen liikuntaohjelman laatimista varten. Toimintakykyä tulisi seurata ja liikuntaohjeita päivittää sairauden edetessä. (Virtanen 2004, 3-6.) Fysioterapeutin tehtävänä on löytää potilaille yksilölliset ja sairauden vaiheeseen sopivat harjoitteet, joita voi noudattaa turvallisesti ja omaehtoisesti. Liikuntaneuvonnassa ja kotiohjeiden laadinnassa on huomioitava harjoitteiden toiminnallisuus kuten kävelyn ja siirtymisten harjoittelu. (EPDA 2012, 85–87.)

Liikkumisen harjoitteluun saadaan mielekkyyttä rytmittämisen tai näkövaihjeiden avulla. Tasapainon ylläpysymiseen ja siirtymisten onnistumiseen voidaan vaikuttaa myös lihaskuntoharjoittelulla. Pystyasennonhallinta-, ryhdin ylläpito- ja tasapainoharjoitteet estävät vaaratilanteita ja kaatumisia sekä siihen liittyvää pelkoa, jotka ovat mahdollisia esim. yllättävissä ”jäätymistilanteissa”. Hengitysharjoitusten avulla ylläpidetään ylävartalon liikkuvuutta, keuhkojen tilavuutta ja tehokkuutta sekä puheäänien voimakkuutta. Jooga auttaa pitkäaikaissairauden tuomaan stressiin ja lihasjännityksen hallintaan. Tai Chi -harjoittelun on todettu parantavan tasapainoa ja vähentävän kaatumisia Parkinsonin tautia sairastavien keskuudessa (Li ym. 2012, 511–519).

3.2 Parkinsonin tauti ja kustannukset

Sairauden alkuvaiheessa aloitettu lääkitys ja kuntoutus mahdollistavat riittävän hyvän elämänlaadun sairastaville ja tuovat yhteiskunnalle selvää taloudellista säästöä. Mitä pidemmälle sairaus etenee, sen vaativampaa on hoito ja kuntoutus sekä sairauden suorat ja välilliset kustannukset. Esimerkiksi Saksassa kustannukset olivat vuonna 2010 sairauden alkuvaiheessa n. 18 660 euroa ja keski- ja myöhäisvaiheessa n. 31 660 euroa henkilö kohti. Iso-Britanniassa myöhäisvaiheen kustannukset olivat vuonna 2011 jopa 72 277 euroa henkilöä kohti. Ruotsissa vuonna 2011 Parkinsonin taudista aiheutuneet suorat kustannukset olivat 8 328 euroa henkilöä kohti. Näistä lääkekuluja oli 1749 euroa. (EPDA 2011, 5-11.)

4 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ (AVH)

Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa paikallista aivokudoksen verettömyyttä eli iske-miaa (infarkti) tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa (ICH, SAV). Aivoinfarktista tai aivoverenvuodosta käytetään myös yleisnimitystä aivohalvaus. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa ja aiheuttavat eniten sairaanhoitopäiviä ja pysyvää invaliditeettia. Sairastuneita arvioidaan olleen Suomessa vuoden 2009 alussa 82 000. Riskitekijöitä ovat ikä, kohonnut verenpaine, sokeritauti, tupakointi, alkoholi, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, aivovaltimon aneurysma ja antikogulanttihoito. Yli puolelle aivoverenkiertohäiriöistä selviytyneille jää pysyvä haitta, joka aiheuttaa enemmän laatu-painotteisten elin-vuosien menetystä kuin mikään muu sairaus. (Aivoliitto 2013; Kaste ym. 2006, 271–284.)

AVH jättää sairastuneelle monenlaisia fyysisiä oireita, jotka vaikeuttavat omaeh-toista liikkumista ja toimintakykyä. Näkyvin oire on toispuolihalvaus, jonka lisäksi tuntohäiriöt vaikeuttavat liikkumista ja arkitoimintoja. Kielelliset vaikeudet kuten afasia, rajoittavat puheen ymmärtämistä, puhumista ja kirjoittamista. Neuro-psykologiset häiriöt vaikeuttavat oman kehon, tilan ja ympäristön hahmottamis-ta. Muistamisen ja keskittymisen vaikeus, hitaus, juuttuvuus, aloite- ja sietoky-vyn heikentyminen sekä vireystilan vaihtelut tuovat ongelmia toiminnan ohjauk-seen. (Martikainen 2011.)

4.1 AVH ja liikunta

Sairastumisen jälkeen yleiskunto on saatava kohenemaan, jotta kuntoutuminen mahdollisimman omatoimiseksi toteutuisi. Liikunta tulee aloittaa mahdollisim-man pian AVH:n jälkeen terveyden ylläpitämiseksi, lisäsairauksien ehkäisemi-seksi sekä toimintakyvyn palauttamiseksi. Liikunnalla ylläpidetään myös aivojen verenkierron terveyttä. (Liippola & Lumimäki 2013, 1; Käypähoito-suositus 2011.)

Liikunnalla on suotuisia vaikutuksia mm. tasapainoon ja kaatumisen ehkäisyyn, mielialaan ja jaksamiseen. Elämänlaatu voi myös parantua aktiivisuuden ja osallistumisen kautta. Liikkuminen kannattaa aloittaa maltillisesti tutun liikunta-
muodon parissa säännöllisesti ja monipuolisesti. Kohtalaisesti kuormittava ja
määriltään riittävä liikunta pienentää AVH:n uusiutumisriskiä miehillä ja naisilla
25–30%. Kestävyysliikunnassa erityisesti kävelyn tiedetään hidastavan oireiden
pahenemista ja ehkäisevän uusien aivoinfarktien ilmaantumista. Halvauspuolen
lihasvoimaharjoittelulla parannetaan ryhtiä ja kehon lihastasapainoa. Samoin
venyttelyn avulla ylläpidetään ryhtiä ja tasapainotetaan kehon symmetriaa sekä
lisätään nivelten liikkuvuutta. (Liippola & Lumimäki 2013, 2-12: Vuori 2011,
143–144.)

4.2 AVH ja kustannukset

AVH on kolmanneksi kallein kansantautimme ja aiheuttaa noin 7 % terveyden-
huollon kokonaismenoistamme. Hoitokustannukset ovat korkeimmat, noin 21
000 euroa, ensimmäisen vuoden aikana ja koko elinajalta noin 86 000 euroa.
Vuosittain hoitopäiviä kertyy erikoissairaanhoidossa 260 000 ja perustervey-
denhuollossa 1 500 000. On laskettu, että vuoteen 2020 mennessä tarvitaan
ainakin 100 uutta vuodeosastoa pelkästään AVH-potilaille. Näihin lisääntyviin
terveydenhuollon kustannuksiin voidaan vaikuttaa tehokkaalla ennaltaehkäisyl-
lä, akuuttihoitolla ja varhaisvaiheen kuntoutuksella. (Aivoliitto ry, 2013).

5 RYHMÄVOIMAA -HANKKEEN RYHMÄMUOTOINEN LIIKUNTANEUVONTA

Valtakunnallisen Ryhmävoimaa -hankkeen (2010-2012) ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli kehittyi Voimaa Vanhuuteen –ohjelman paikallisesta Aivovoimaa-hankkeesta (2007-2009). Molemmat hankkeet toteutettiin yhteistyössä Suomen Parkinson- liiton ja Aivoliiton kanssa. Kohderyhminä olivat yli 65-vuotiaat aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneet sekä Parkinsonin tautia sairastavat, jotka liikkuvat terveytensä kannalta riittämättömästi. (Moisio 2012, 5.)

5.1 Ryhmävoimaa -hanke (2010-2012)

Ryhmävoimaa -hankkeen tavoitteena oli toteuttaa liian vähän terveytensä kannalta liikkuville Parkinsonin tautia sairastaville ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneille matalan kynnyksen liikuntaneuvontaa ryhmämuotoisesti, johon osallistuttiin ilman lähetettä. Toimintakykyä ja terveyttä edistävällä, riittävällä fyysisellä aktiivisuudella oli tarkoitus ehkäistä sairauksia ja terveydenhuoltomenojen kasvua. Tavoitteena oli myös lisätä kunnan sisäistä, poikkihallinnollista yhteistyötä liikunta- ja terveystoimen sekä potilasyhdistysten kesken, jolloin tällainen liikuntaneuvontaryhmä olisi voinut olla osa terveysliikunnan palveluketjua. Ryhmävoimaa -hankkeen pilottikunniksi valikoituivat Vaasa, Mikkeli ja Pori. Myöhemmin mukaan tulivat myös Seinäjoki ja Ranua. (Moisio 2012, 5, 7, 14.)

5.2 Hankkeen ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli

Hankkeen ryhmämuotoisessa liikuntaneuvonnassa korostuivat vuorovaikutus asiakkaan, ammattihenkilön ja vertaisten kesken sekä osallisuus ja yhteisöllisyys. Asiakkaita motivoitiin ja tuettiin liikkumaan mahdollisimman pitkään terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Neuvontaryhmä koostui 8-12 osallistujasta, ja toiminta toteutettiin suljetussa ja määräaikaaisessa ryhmässä. Tärkeä osa hankkeen ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa oli ryhmäläisten

oman, yksilöllisen liikuntasuunnitelman laatiminen ohjaajan avustuksella. (Moisio 2012, 7.)

Ryhmävoimaa -hankkeen ryhmämuotoisessa liikuntaneuvontamallissa (liite 1.) kahden tunnin tapaamisia oli viikon välein yhteensä kuusi kertaa. Seitsemäs tapaaminen eli kontrollitapaaminen järjestettiin kolmen kuukauden päästä kuudennessa tapaamiskerrasta. Neuvontaryhmän kesto oli siis yhteensä 4,5 kuukautta. Ryhmän kokoontumistiheydellä ja kestolla pyrittiin vahvistamaan vertaistukea ja omatoimisuuden vahvistumista (Eloranta & Virkki 2011, 82). Tapaamisissa tavoitteena oli liikuntaharrastuksen aloituksen tukeminen tutustuttamalla ryhmäläiset liikuntapalveluihin ja –lajeihin, joita oman kunnan alueella oli mahdollisuus harrastaa. Ohjauksien keskeistä toimintaa olivat motivoivat keskustelut, liikuntalajikokeilut, terveysliikunnan tietoisuus ja vertaistuki. Ohjauksen tukena käytettiin mm. valmentavaa ohjaustyyliä, liikuntapäiväkirjaa, liikuntasuunnitelmia, liikunta-aiheisia kotitehtäviä, soveltavaa liikuntapiirakkaa, kirjallista liikuntamateriaalia, esitteitä ja kuvallisia ohjeita. (Savolainen 2011, 39.)

Hankkeen ryhmänohjaajilta ryhmien ohjaaminen vaatii tietoa liikuntaneuvonnasta ja potilasryhmien erityispiirteistä sekä kokemusta että innostusta ryhmien ohjaamisesta. Ryhmävoimaa -hankkeesta kertyneiden kokemusten mukaan, ryhmät olivat toteutuneet kiitettävästi, koska ryhmänohjaajat olivat olleet innostuneita liikunnan ja kuntoutuksen ammattilaisia (Moisio 2012, 42–43).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, onko Ryhmävoimaa -hankkeen ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli pilottimuodossaan riittävä motivoimaan liian vähän terveytensä kannalta liikkuvia Parkinsonin tautia sairastavia ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita omaehtoiseen liikuntaan pitkäaikaisesti.

Tavoitteena on seurantakyselyn avulla arvioida, miten ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta on vaikuttanut Porissa ryhmävoimaa-hankkeeseen osallistuneiden Parkinsonin tautia sairastavien ja Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden omaehtoiseen liikuntaan ryhmävoimaa -hankkeen neuvontaryhmien päättymisen jälkeen. Kyselyn tarkoitus on myös tuottaa lisätietoa, miten neuvontamallia tulisi tarvittaessa kehittää.

Keskeiset tutkimuskysymykset

1. Millainen on ryhmäläisten omaehtoisten liikuntalajien määrä tällä hetkellä
2. Mitkä asiat tai tekijät vaikeuttavat tai estävät tällä hetkellä ryhmäläisten liikunnan harrastamista
3. Harrastavatko ryhmäläiset edelleen liikuntalajeja, joihin neuvontaryhmässä tutustuttiin
4. Harrastavatko ryhmäläiset edelleen liikuntaa niissä liikuntapaikoissa, joihin ryhmäläiset ohjaajien avustuksella tutustuivat
5. Löytyikö neuvontaryhmästä liikuntakaveria, jonka kanssa on liikkunut neuvontaryhmien päättymisen jälkeenkin
6. Miten ryhmäläiset kokevat hyötynensä ryhmämuotoisesta neuvonnasta

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö oli arviointitutkimus, jossa käytettiin hyväksi empiirisen tutkimuskäytännön vahvuuksia ja monimenetelmällistä lähestymistapaa (Anttila 2007, 69–73, 103). Arviointitutkimuksen eli realistisen evaluaation avulla selitetään prosessien vaikuttavuutta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin eri vaiheissa koottua arviointitietoa, joka koottiin yhteen kokonaisuuden arviointia varten. Arviointitutkimuksessa keskeisiä kysymyksiä olivat ”mikä toimii, mitä ja ketä varten sekä missä olosuhteissa”. (Anttila 2007, 68–69, 73.) Pattonin (1997, 24) mukaan (Ks. Eräsaari 1997, 37) arvioinnilla ja arviointitutkimuksella pyritään tukemaan päätöksentekoa ja kehittämistyötä, kartoitetaan eri vaihtoehtoja ja selvennetään toimintaohjelmien toimintaympäristöjen rajoituksia (Anttila 2007, 64).

Arviointitutkimus toteutettiin seurantakyselyn (liite 4.) avulla. Sillä pyrittiin keräämään sekä laadullista että määrällistä tietoa ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan vaikutuksista Parkinson- ja Aivohalvauspotilaiden omaehtoiseen liikkumiseen (Anttila 2007, 115). Tarkoituksena oli seurantakyselyn avulla arvioida ryhmäläisten motivaatiota liikkumiseen ja sen muuttumista pitkällä aikavälillä. Seurantakyselyn vastauksia verrattiin hankkeen alku-, loppukyselyihin ja arvioitiin liikunnan ja siihen vaikuttavien tekijöiden muutoksia hankkeen alkamisesta tähän ajankohtaan asti.

7.2 Kohderyhmä

Ryhmävoimaa -hankkeen (2010–2012) viidestä pilottipaikkakunnasta (Pori, Seinäjoki, Ranua, Mikkeli ja Vaasa) seurantakyselyyn valittiin Porin pilottiryhmäläiset. Porin Ryhmävoimaa -hankkeen kolmessa liikuntaneuvontaryhmässä olleilla Parkinson- ja Aivohalvauspotilailla oli pisin aika, yli kaksi vuotta, neuvontaryhmien päättymisestä. Tämä antoi mahdollisuuden mitata liikuntaneuvonnan hyödyn pitkäaikaisvaikutusta omaehtoisen liikunnan harrastamiseen. Koska

kyselytutkimuksissa vastausprosentin oletettiin jäävän noin 70–80%:iin (Hirsjärvi ym. 2009, 196), varmistettiin riittävän suuri vastausten määrä valitsemalla Porin pilottiryhmäläiset (22), joita oli eniten muihin pilottipaikkakuntien ryhmäläisiin verrattuna. Mikkelin ja Vaasan ryhmät eivät toteutuneet hankkeen mallin mukaisesti tai ryhmäläisiä ei ollut määrällisesti riittävästi. Ainoastaan Porissa ja Seinäjoella ryhmäneuvonta toteutui hankkeen mallin mukaisesti. Lisäksi Porin ryhmien alku- ja loppukyselyt oli arkistoitu asianmukaisesti. Tämä mahdollisti seurantakyselyn ja näiden kahden aikaisemman kyselyn tulosten keskinäisen vertailun.

7.3 Seurantakyselylomake

Ryhmävoimaa -hankkeen aikana oli jo käytetty kyselylomakkeita alkutilanteen (liite 2.) kartoitukseen ja lopputilanteen (liite 3.) arviointiin. Hirsjärvi ym. (2009, 204) suosittelivat pilotoimaan kyselylomaketta ennen käyttöönottoa, jotta voitiin tarkistaa kysymysten muotoilu ja soveltuvuus mitata oikeita asioita tutkimusongelman selvittämiseksi. Seurantakyselyn suunnittelun pohjana käytettiin jo pilotoitua, vastaajille ennestään tuttua loppukyselyn arviointilomaketta, jonka kysymykset päivitettiin ajankohtaan ja tarvittavaan tutkimustietoon sopiviksi. Kyselylomakkeen laadinnassa ohjattiin kiinnittämään huomiota kysymysten selkeyteen, spesifisyyteen ja pituuteen. Seurantalomakkeen kysymykset laadittiin siten, että ne koskivat ryhmäläisten omaa henkilökohtaista liikuntaa ja omakohtaisia kokemuksia ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta. Tällä pyrittiin selkeyttämään tiedon keruuta ja antamaan kaikille vastaajille mahdollisuus vastata tasapuolisesti samoihin asioihin. (Hirsjärvi ym. 2009, 195–203.) Kyselylomakkeen tuli myös soveltua postitse ja sähköisesti lähettäväksi sekä toimia puhelinhaastattelun tukena.

Seurantakyselylomakkeeseen vastaaminen oli suunniteltu sellaiseksi, että niiden ryhmäläisten, joilla ilmeni kädentoimintojen, puheen, muistin ja hahmottamisen vaikeutta pystyivät myös vastaamaan kyselyyn (Savolainen 2011, 13–14). Opinnäytetyön tekijällä oli myös omakohtaisia kokemuksia kyseisten poti-

lasryhmien toiminnanohjauksen ongelmista eli vaikeudesta esim. pysyä käsiteltävässä asiassa yksilöhaastattelun aikana. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot olivat täten lyhyitä ja selkeitä. Vastaaminen toteutettiin lähes kaikissa kysymyksissä ympyröimällä vastaajan näkemystä lähinnä oleva vaihtoehto. (Hirsjärvi 2009, 202–204.)

7.3.1 Lomakkeen kysymykset

Seurantakyselylomakkeessa (liite 4.) oli yhteensä kahdeksan kysymystä. Kuusi ensimmäistä kysymystä olivat monivalintakysymyksiä, jotka tuottivat helpommin käsiteltäviä ja analysoitavia vastauksia. Osalla vastaajista oli muistiongelmiä, jolloin monivalintakysymykset auttoivat heitä tunnistamaan käsiteltävän asian paremmin. Kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia, puolistrukturoituja kysymyksiä, jotka antoivat vastaajalle mahdollisuuden kertoa mielipiteensä omin sanoin käsiteltävän asian suhteen. Avoimet kysymykset myös täydensivät monivalintakysymyksiä ja selkeyttivät vastausten tulkintaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201; Kankkunen ym. 2009, 88–90).

Seurantakyselyn kolmella ensimmäisellä kysymyksellä haettiin tietoa ryhmäläisten motivaatiosta liikkumiseen tällä hetkellä ja mahdollisia esteitä sille. Myös alku- ja loppukyselyissä oli tiedusteltu näitä asioita.

Kysymyksillä neljä ja viisi arvioitiin, olivatko ryhmäläiset motivoituneet harrastamaan ryhmässä ohjattuja liikuntalajeja ja käyneet neuvontaryhmän liikuntapaikoissa neuvontaryhmien jälkeenkin.

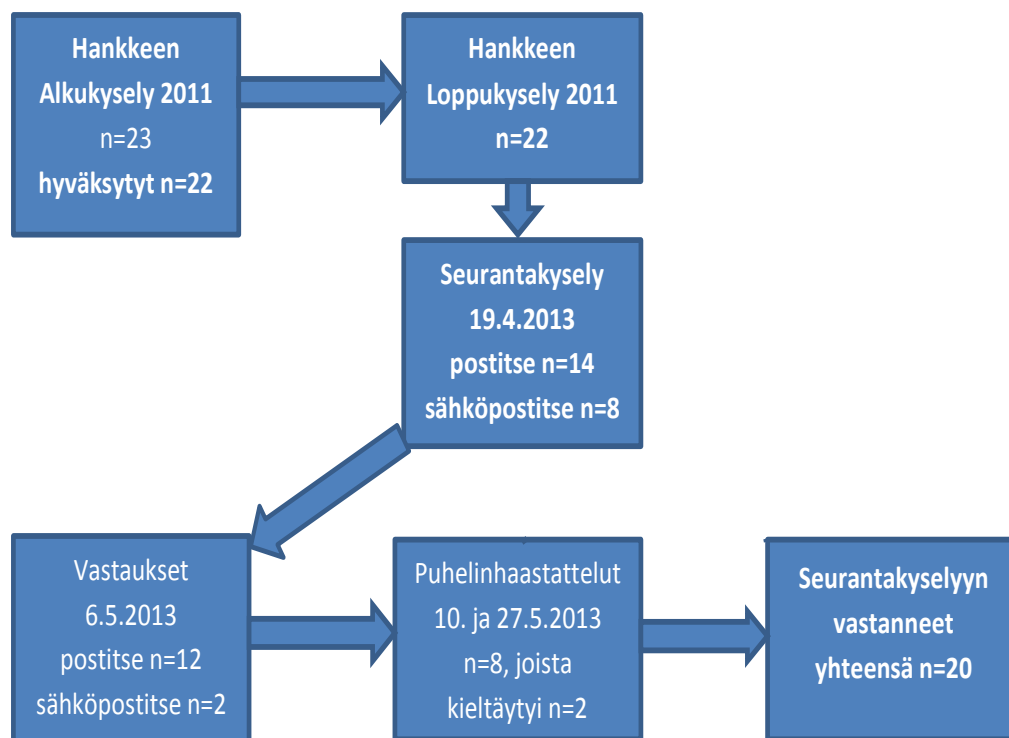
Kysymyksessä kuusi kartoitettiin, olivatko ryhmäläiset löytäneet liikuntakaveria neuvontaryhmästään. Ryhmävoimaa-hankkeen raportista kävi ilmi, että ryhmäläiset näkivät vertaistuen merkityksen hyvin vaikuttavana liikuntaan motivoitumisessaan. Alku- ja loppukyselyissä asiaa ei erikseen kysytty.

Kysymyksillä seitsemän ja kahdeksan, saatiin tietoa ryhmäläisten henkilökohtaisista kokemuksista ja vertaistuen vaikutuksesta liikunnan harrastamiseen sekä perusteluja, miksei liikuntaneuvonta ollut hyödyttänyt kaikkia ryhmäläisiä.

Kysymysten tarkoitus oli kuvailla tämänhetkistä tilannetta, joten näitä kysymyksiä ei ollut alku- ja loppukyselyssä.

7.4 Tutkimusaineiston keruu

Osallistujien yhteystiedot olivat tiedossa hankkeen alku- ja loppukyselyjen ajalta. Viiden osallistujan puhelinnumerot, posti- ja sähköpostiosoitteet päivitettiin ajan tasalle Suomen Parkinson-liitto ry:n ja Aivoliitto ry:n jäsenrekistereistä.



Kuvio 1. Tutkimusaineiston keruu

7.4.1 Primäärinen tutkimusaineisto

Primäärinen tutkimusaineisto kerättiin seurantakyselylomakkeen (liite 4) avulla postitse, sähköisesti ja puhelimitse haastattelemalla. Postitse ja sähköisesti kerätyn tiedon etuina olivat nopeus ja edullisuus. Seurantakyselylomakkeen mukaisesti suoritettu puhelinhaastattelu antoi tarvittaessa haastattelijalle mahdollisuuden auttaa vastaamisessa, joskaan ei vastausten sisällössä. Toisaalta aineisto olisi jäänyt pinnalliseksi ja vähäiseksi sekä hyväksyttävien vastausten

kato olisi ollut suuri, ellei osalle vastaajista olisi tehty kyselylomakkeen mukaista puhelinhaastattelua. (Hirsjärvi ym. 2009, 195–196; Anttila 2007, 115–118).

Seurantakyselylomakkeet palautuskirjekuorineen ja saatekirjeineen (liite 5.) lähetettiin 19.4.2013 kaikille Porin ryhmävoimaa-hankkeen pilottiryhmäläisille, joita oli 22. Palautuspäivämäärä oli 6.5.2013, johon mennessä vastauksia kertyi yhteensä 14. Hirsjärven ym. (2009, 196) mukaan puuttuvia vastauksia olisi voinut pyytää vastaajilta kahdesti, mutta jo ensimmäisen muistutuksen yhteydessä (puhelimitse 10. ja 27.5.2013), haastattelu tehtiin kahdeksalle ryhmäläiselle (Kuvio 1). Heitä haastateltiin kyselylomakkeen teeman mukaisesti. Kahdella vastaajalla oli vaikeuksia tuottaa puhetta, jolloin puoliso toimi tulkkina ja vastasi potilaan puolesta kysymyksiin. Kaksi vastaajaa kieltäytyi osallistumasta kyselyyn kiireeseen ja haluttomuuteen vedoten. Aikaa haastatteluihin kului yksilöllisesti vaihdellen 15–55 minuuttia. Seurantakyselyyn vastasi yhteensä 20 ryhmäläistä, jolloin vastausprosentiksi tuli 90 %.

7.4.2 Sekundäärinen tutkimusaineisto

Sekundaarisena aineistona olivat aikaisemmat tutkimukset ja ryhmävoimaa-hankkeen tuottama informaatio ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta 2010–2012 välisellä ajanjaksolla, johon kuuluivat myös Porin ryhmäläisille tehtyt alku- ja loppukyselyt. Seurantakyselyyn osallistuminen edellytti, että ryhmäläiset olivat vastanneet loppukyselyyn, sillä seurantakyselyn sisältöä oli muokattu enemmän loppu- kuin alkukyselyn mukaisesti.

Alkukyselylomakkeista (23) karsittiin pois ne kaksi osallistujaa, jotka eivät halunneet osallistua seurantakyselyyn. Joukosta karsiutui pois vielä henkilö, joka oli osallistunut alku- mutta ei loppukyselyyn. Hyväksyttäviä vastauslomakkeita oli 20.

Loppukyselylomakkeista (22) karsittiin pois henkilöt, jotka eivät halunneet osallistua seurantakyselyyn. Hyväksyttäviä loppukyselylomakkeita jäi jäljelle yhteensä 20.

7.5 Aineiston analysointi

Ennen analysointia tarkistettiin, että seurantakyselyn kysymyksiin oli vastattu asiaankuuluvalla tavalla ja lomakkeista löytyivät kaikki tarvittavat tiedot. Lisäksi tarkastettiin, että seurantakyselyyn vastanneilta löytyivät myös alku- ja loppukyselyn lomakkeet asianmukaisesti täytettyinä. Tämän jälkeen alku-, loppu- ja seurantakyselylomakkeisiin lisättiin koodinumerot, joiden avulla pystyttiin vertaamaan saman vastaajan alku-, loppu- ja seurantakyselyn vastauksia.

Seurantakyselyn aineistoa analysoitaessa hyödynnettiin laadullista sisällönanalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–116) ja vastausten analysoinnissa käytettiin samoja menetelmiä kuin Ryhmävoimaa-hankkeessa. Kysymysten 1-6 vastausten analysoinnissa käytettiin Excel-taulukointia (Microsoft Excel 2010- taulukkolaskentaohjelma). Kysymykset 1-3 olivat samoja kuin alku- ja loppukyselyissä. Kysymysten seitsemän ja kahdeksan vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti ja vastaukset taulukoitiin teemoittain. Näistä valittiin vastaajien yleisimmät kommentit tuloksiin.

Ryhmävoimaa-hankkeen aikaisia taulukoita ei enää ollut saatavilla, joten taulukoinnit tehtiin uudestaan alku- ja loppukyselyistä vastauksille 1, 2 ja 3. Nämä yhdistettiin seurantakyselyn vastausten kanssa. Taulukoinnit yhdistämällä saatiin kuviot, joista pystyttiin vertailemaan kolmen eri kyselyn kolmea yhteistä kysymystä (liikuntalajit ja määrät sekä liikkumista estävät tekijät).

Seurantakyselyn avulla kerättyä tietoa verrattiin neuvontaryhmien alkukyselyssä ja loppukyselyssä kerättyyn tietoon, jolloin nähtiin, onko nykytilanne lähempänä hankkeen alku vai lopputilannetta. Kerätyn aineiston ja olemassa olevan teoria-tiedon avulla pyrittiin löytämään vastaukset tutkimusongelmiin (Kankkunen ym. 2009, 135).

8 TULOKSET

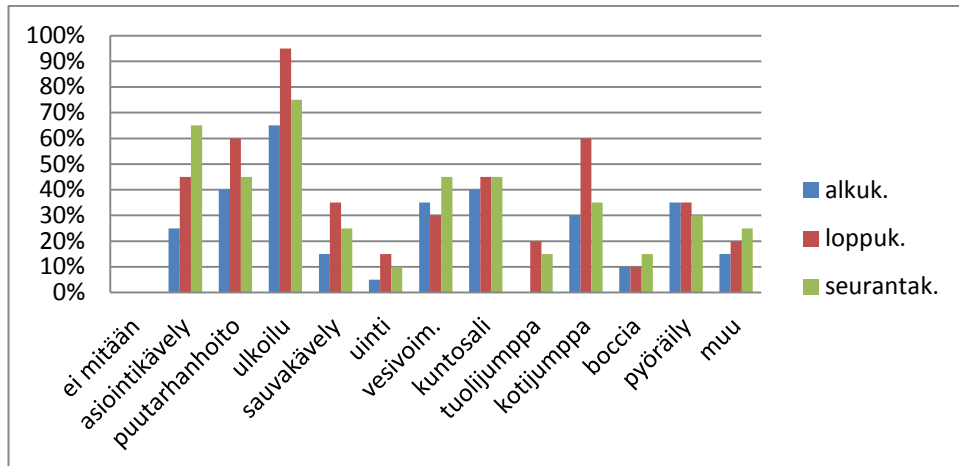
Taulukko 1. Seurantakyselyyn osallistuneiden Porin neuvontaryhmäläisten taustatiedot (n = 20)

Osallistujat	mies	nainen	alkukysely/ikä	seurantakysely/ikä	muutos vuosis- sa
AVH	5	5	66,8	69,1	+2,3
Parkinson	4	6	67,8	69,9	+2,1
yhteensä	9	11	67,3	69,5	+2,2

Seurantakyselyyn vastanneista kymmenen oli Parkinsonin tautia sairastavaa ja kymmenen Aivoverenkiertohäiriön sairastanutta. Naisia vastanneista oli 11 ja miehiä 9. Nuorin osallistuja oli seurantakyselyn aikaan 61-vuotias ja vanhin 80-vuotias. Seurantakyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 69,5 vuotta, kun se alkukyselyn aikaan oli 67,3 vuotta. Ikää ryhmäläiselle oli alku- ja loppukyselyn aikana kertynyt lisää keskimäärin 2,2 vuotta. Epätasaiseen iän kertymään alkukyselystä seurantakyselyyn vaikutti neuvontaryhmien eri alkamisajankohdat. Tammikuussa 2011 neuvontaryhmän aloittaneille kertyi pidempi seuranta-aika kuin huhti- ja lokakuussa 2011 aloittaneille.

8.1 Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit ja liikunnan määrä

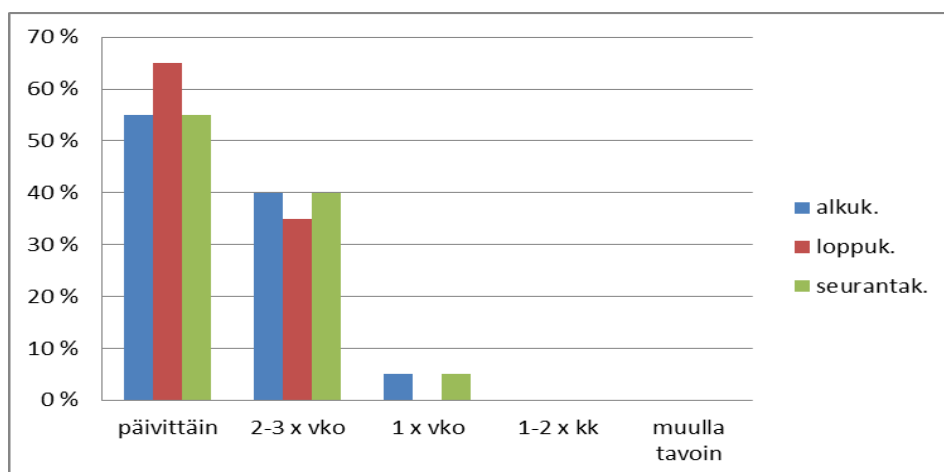
Ryhmäläiset harrastivat edelleen samoja liikuntalajeja kuin alku- ja loppukyselyssä (Kuvio 2). Kaikki vastasivat harrastavansa liikuntaa. Vastaajat harrastivat minimissään kahta ja maksimissaan yhdeksää eri liikuntamuotoa/henkilö. Asiointikävelyä (65 %) ja ulkoilua (75 %) harrastettiin eniten. Seuraavaksi suosituimmat liikuntamuodot olivat puutarhanhoito (45 %), vesivoimistelu (45 %), kuntosali (45 %), kotijumppa, (35 %), sauvakävely (25 %) ja pyöräily (30 %). Lisäksi harrastajia löytyi uinnille (10 %), tuolijumpalle (15 %), boccialle (15 %) ja muulle liikunnalle (25 %).



Kuvio 2. Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit (n=20)

Varsinaisia uusia liikuntalajeja (muut) alku- ja loppukyselyyn verrattuna olivat pilates ja kuntohumpat, joita kumpaakin harrasti yksi vastaaja. Keilaamiselle oli löytynyt jopa neljä uutta harrastajaa. Muutaman vastaajan kohdalla pyöräily oli myös muuttunut kuntopyöräilyksi sisätiloissa.

Seurantakyselyyn vastanneista 55 % liikkuu päivittäin, 40 % 2-3 kertaa viikossa ja 5 % kerran viikossa (Kuvio 3). Päivittäin liikkuvien määrä seurantakyselyssä on alempi kuin loppukyselyssä, mutta yhtä suuri kuin alkukyselyssä. Seurantakyselyssä 2-3 kertaa viikossa liikkuvien määrä on yhtä suuri kuin alkukyselyssä, mutta suurempi kuin loppukyselyssä.

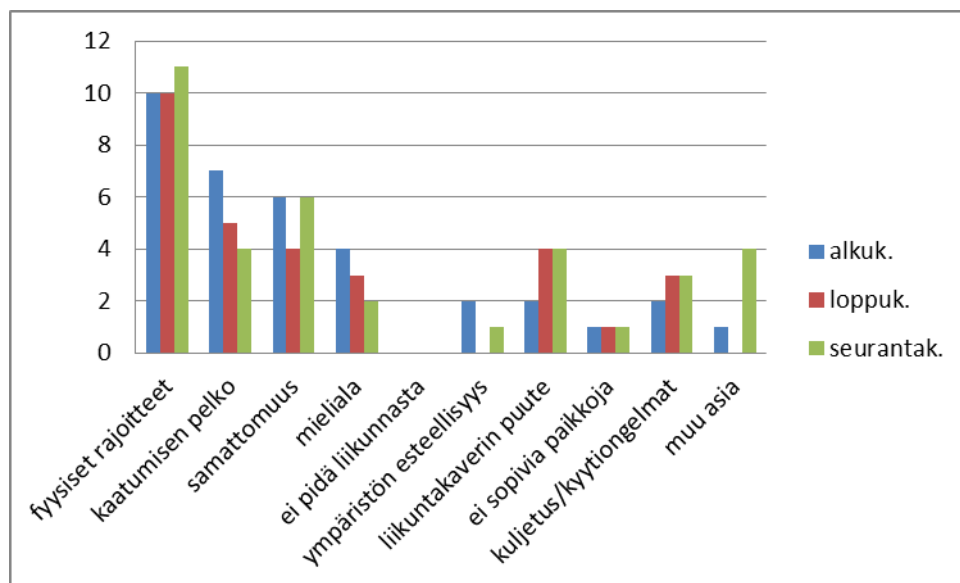


Kuvio 3. Liikunnan määrä neuvontaryhmäläisten keskuudessa (n=20)

Kerran viikossa liikkuvien määrä on sama kuin alkukyselyssä. Loppukyselyssä kaikki kyselyyn vastanneet liikkuvat enemmän kuin kerran viikossa.

8.2 Ryhmäläisten liikunnan harrastamista estävät tai vaikeuttavat tekijät

Seurantakyselyn mukaan viidellä vastaajalla ei ollut liikkumista haittaavia tai estäviä ongelmia. Viidellätoista vastaajalla rajoitteita oli vaihdellen yksilöllisesti yhdestä viiteen.



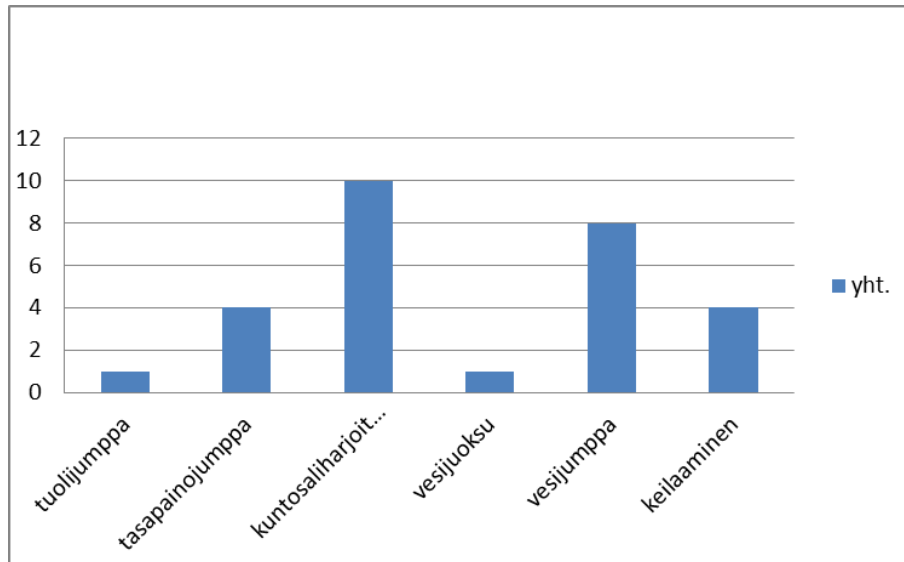
Kuvio 4. Neuvontaryhmäläisten liikkumista estävät ja vaikeuttavat tekijät (n=15)

Eniten ryhmäläisten liikkumista estivät ja haittasivat fyysiset rajoitteet (11), jotka olivat lisääntyneet alku- ja loppukyselystä (Kuvio 4). Kaatumisen pelko (4) oli vähentynyt alku- ja loppukyselyyn verrattuna. Saamattomuus (6) oli noussut alkukyselyn tasolle. Mieliala (2) rajoitti ryhmäläisten liikkumista vähemmän kuin alku- ja loppukyselyissä. Kukaan ei vastannut rajoitteeksi, ettei pitänyt liikunnasta. Ympäristön esteellisyys (1) oli lisääntynyt loppukyselystä (0), mutta rajoitti kuitenkin vähemmän kuin alkukyselyssä (2). Liikuntakaverin puute oli pysynyt loppukyselyn tasolla (4), mutta noussut alkukyselystä. Seurantakyselyssä liikuntakaveria kaipaivat eri henkilöt kuin loppukyselyssä. Sopivan liikuntapaikan puuttuminen rajoitti yhtä henkilöä alku-, loppu- ja seurantakyselyssä. Kuljetus- ja kyytiongelmia olivat lisääntyneet alkukyselystä, mutta pysyneet loppukyselyn

tasolla (3). Muut rajoittavat asiat (4) olivat lisääntyneet selvästi alku- ja loppukyselystä. Näitä olivat sopivan liikuntaryhmän löytyminen (ikä), liikuntaryhmän puuttuminen, taloudelliset ongelmat ja kommunikaatio-ongelmat.

8.3 Neuvontaryhmissä ohjattujen liikuntalajien harrastaminen

Seurantakyselyn mukaan hankkeen neuvontaryhmissä kokeiltuja liikuntalajeja harrasti 75 % ryhmäläisistä (15 ryhmäläistä). Lähes kaikki heistä harrastivat yhtä tai useampaa kokeilluista lajeista (Kuvio 5). Suosituimpia lajeja olivat kuntosaliharjoittelu (10) ja vesijumpka (8). Eniten uusia harrastajia oli seurannan aikana tullut keilaamisen (4) ja tasapainojumpan pariin (4).

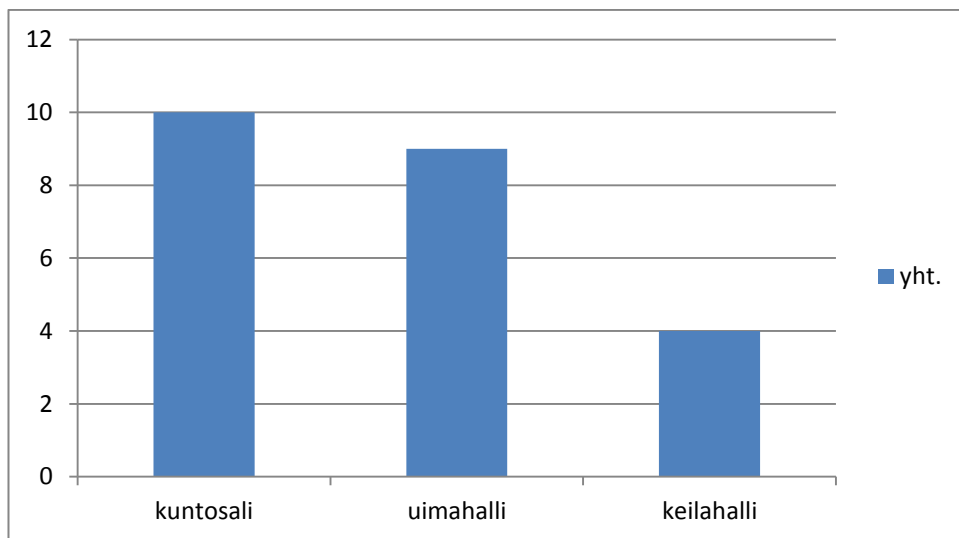


Kuvio 5. Neuvontaryhmissä ohjatut liikuntalajit ja niiden harrastaminen (n=15)

25 % prosenttia vastanneista (5 ryhmäläistä) eivät harrastaneet neuvontaryhmässä kokeiltuja liikuntalajeja, mutta harrastivat kuitenkin asiointikävelyä, hyötyliikuntaa, ulkoilua/sauvakävelyä ja kotijumppaa. Edellä mainitut lajit eivät olleet sidottuja kuljetukseen, aikaan ja paikkaan vaan olivat toteutettavissa esim. toimintakyvyn ja tilanvaihteluiden mukaan kotona tai lähialueella. Näistä viidestä ryhmäläisestä kaksi tarvitsi avustajaa liikkumisessa.

8.4 Neuvontaryhmissä ohjattujen liikuntapaikkojen käyttö

20 vastaajasta 12 kävi edelleenkin liikuntapaikoissa, joihin neuvontaryhmissä tutustuttiin. Kahdeksan näistä kahdestatoista ryhmäläisestä harrasti liikuntaa useammassa kuin yhdessä liikuntapaikassa. Eniten kävijöitä (10) oli kuntosalissa ja uimahallissa (9). Kuntosalin kävijämäärät olivat pysyneet seurannan aikana loppukyselyn tasolla (Kuvio 2).



Kuvio 6. Neuvontaryhmien liikuntapaikat ja niissä käyvät ryhmäläiset (n=12)

Alkukyselyn mukaan seitsemän ryhmäläistä kävi uimahallissa ja kahdeksan kuntosalissa jo ennen neuvontaryhmiä. Keilahallissa ryhmäläiset eivät olleet käyneet ennen neuvontaryhmiä. Seurannan aikana keilahalli oli saanut neljästä neuvontaryhmäläisestä uudet keilailun harrastajat.

8.5 Löytyikö neuvontaryhmästä liikuntakaveria, jonka kanssa oli liikkunut neuvontaryhmien päättymisen jälkeen

Seurantakyselyn 20 vastaajasta yksi oli seurannan aikana löytänyt neuvontaryhmästä itselleen liikuntakaverin, jonka kanssa harrastaa liikkumista edelleenkin. Neuvontaryhmäläinen, joka oli alkukyselyssä toivonut liikuntakaveria, ei ollut sitä seurannan aikana löytänyt. Yhdellä ryhmäläisellä liikuntakaverina toimi

puoliso. Muut osallistujat toivoivat enemmän lähinnä ”hyvää ryhmää”, jossa harrastaa liikuntaa vertaisten kanssa. He eivät suoranaisesti ilmaisseet toivovansa henkilökohtaista liikuntakaveria. Henkilökohtaisen liikuntakaverin tarvetta ei kar-
toitettu erikseen hankkeen alkukyselyssä. Tässä kysymyksessä liikuntakaverilla tarkoitettiin vertaishenkilöä, joka oli muu kuin oma puoliso.

8.6 Ryhmäläisten kokemat hyödyt ja ongelmat ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta

8.6.1 Hyödyt

Kaikki osallistujat kokivat ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan hyödylliseksi. Kymmenen vastaajaa koki vertaistuen ja ryhmän tärkeäksi. Yhdessä oli kivaa ja tällöin jaksoi tehdä enemmän ja paremmin.

”Ryhmässä saan itsestäni enemmän irti”. ”Puolisoni, entinen autoilija, tykkäsi lähteä taksin kyydissä, kun näki ympäristöä, maisemia ja ryhmässä muita ihmisiä”

Yhdeksälle tutustuminen eri liikuntalajeihin ja lajien monipuolisuus oli neuvontaryhmien paras anti. Ryhmäläiset pitivät neuvontaryhmien aikana ohjattuja liikuntamuotoja edelleen mielenkiintoisina, monipuolisina ja hyödyllisinä.

”Oli hyvä kokea eri liikuntavaihtoehtot ja tietää, mitä Porissa on tarjolla, vaikka niistä kaikista ei tullutkaan pysyvää harrastusmuotoa”

Kahdeksan ryhmäläistä sai innostusta liikkumiseen sekä mielihyvää ja virkeyttä liikunnasta.

”Kanssakäyminen muiden kanssa oli virkistävää ja liikuntalajit hyviä”.

Viisi ryhmäläistä koki saaneensa tietoa, neuvontaa ja kannustusta.

”Sain tietoa liikunnan merkityksestä ja palautumisesta esim. venytelystä, etteivät paikat kipeydy”. ”Myös säännöllisyys toteutuu, kun

on liikuntaryhmä, johon kuuluu. Olen hyvin kuntoutunut infarktista 2,5 vuotta sitten. Aktiivinen liikuntaharrastus on ollut luullakseni hyvin ratkaisevaa tässä. En tarvitse kotiapua ja olen omatoiminen”

8.6.2 Ongelmat

Kommunikaatio-ongelmaiset toivoivat eri neuvontaryhmiä, sillä osallistuminen ryhmäläisten keskinäisiin keskusteluihin oli vaikeaa ja heikensi heidän mahdollisuuttaan saada ja antaa vertaistukea. Osalla ongelmat kuljetuksessa estivät vertaiskaverin tapaamisen samassa liikuntaryhmässä.

Muutamalla vastaajalla pitkäaikainen sairastelu oli vaikeuttanut/heikentänyt liikumista ja estänyt osallistumista yleisesti. Lisäksi harrastaminen nykyisellä toimintakyvyllä olisi edellyttänyt avustajan läsnäoloa.

Kaksi nuorempaa henkilöä kokivat, että neuvontaryhmäläiset olivat liian erikikäisiä. He toivoivat samanikäisille omia neuvonta- ja liikuntaryhmiä, jotka olisivat ikäjakaumaltaan lähempänä heidän omaa ikäänsä (50-60v). Yksi vastaaja toivoi, että ryhmille olisi ollut jatkoa mahdollisimman nopeasti hankkeen jälkeen.

9 YHTEENVETO

9.1 Neuvontaryhmäläisten harrastamat liikuntalajit ja liikunnan määrä

Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta ei ollut lisännyt, mutta ei myöskään vähentänyt neuvontaryhmäläisten liikunnan määrää. Liikunnan määrä oli palautunut alkutilanteen tasolle noin kaksi vuotta ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan päättymisen jälkeen. Vertaamalla alkua-, loppu- ja seurantakyselyn tuloksia, ryhmäläiset liikkuvat monipuolisemmin. He harrastivat useampaa eri liikuntalajia kuin ennen ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa.

Ryhmäläiset jakaantuivat omaehtoisen, yksilöllisen ja ryhmämuotoisen liikunnan harrastajiin. Omaehtoiset liikuntamuodot, jotka eivät olleet sidottuja harrastamisen aikaan tai paikkaan, olivat suositumpia kuin alkukyselyssä. Asiointikävely oli jopa suositumpaa kuin loppukyselyssä (Kuvio 2). Omaehtoiset liikunnat olivat suositumpia niiden ryhmäläisten keskuudessa, joilla oli pitkät välimatkat liikuntapaikoille ja –ryhmiin tai liikunnan harrastaminen edellytti ulkopuolisen henkilön avustusta ja kuljetusta. Ryhmämuotoiset, ohjatut liikuntalajit olivat yhtä suosittuja tai jopa suositumpia kuin loppukyselyssä. Neuvontaryhmissä jaettu tieto liikunnasta palveli tasapuolisesti sekä yksilöllistä että ryhmämuotoista liikunnan harrastamista.

Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan yhtenä tavoitteena oli saada ryhmäläisiä liikkumaan yli 65-vuotialle kohdennettujen suositusten mukaisesti monipuolisesti ja huomioimaan harjoittelussaan lihaskunnon, nivelliikkuvuuden sekä tasapainon tärkeyden (Käypähoito-suositus 2012). Lihaskuntaa (kuntosali, tuolijump-pa), liikkuvuutta (sauvakävely, kotijump-pa) ja tasapainoa (vesiliikunta, boccia, keilailu) ylläpitävän liikunnan harrastaminen olikin lisääntynyt neuvontaryhmäläisten keskuudessa alkutilanteesta (Kuvio 2).

9.2 Liikkumisen harrastamisen esteet

Neuvontaryhmien aloittamisen ja seurannan välillä ryhmäläisille ehti kertyä ikää keskimäärin kaksi vuotta lisää (Taulukko 1). Näillä kahdella neurologisella potilasryhmällä ikääntyminen, osalla seurannan aikainen sairastelu ja neurologisen perus-sairauden eteneminen näkyivät toimintakyvyn heikentymisenä (Kuvio 4). Liikunnan harrastaminen vaikeutui, jolloin liikunnan määrä väheni. Hankkeessa tutuiksi tulleita liikuntalajeja ei voitu harrastaa toimintakyvyn heikentymisen takia tai esim. liikuntapaikoissa käyminen ei enää onnistunut itsenäisesti. Tämä tuli tarkemmin esille puhelinhaastattelujen yhteydessä.

Saamattomuus oli lisääntynyt ryhmäläisten keskuudessa, kun liikuntaan aktiivointi ja ryhmän tuki oli puuttunut. Kuljetus ja matkustaminen liikuntapaikoille olivat edelleen ongelmallisia. Yleisten kulkuneuvojen käyttö oli vaikeaa toimintakyvyn ja ajankäytön hahmottamisen ongelmien takia. Puhelinhaastattelujen yhteydessä tuli esille, että kuljetusta oli vaikea saada järjestymään esim. liikuntakaverin kanssa samaan ryhmään.

Myös vuoden aikojen vaihtelut, kuten talven liukkaus, kaatumisen pelko sekä pukemisen hankaluus vaikuttivat motivaatioon liikkua. Syksyn ja talven pimeys vaikuttivat mielialaan sekä näön kautta liikkumisen turvallisuuteen ja varmuuteen. Liikuntapaikat olivat myös vaikeammin saavutettavissa esim. jää- ja lumiolosuhteiden takia.

9.3 Neuvontaryhmissä ohjatut liikuntalajit ja -paikat

Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan liikuntalajien ja paikkojen valintaan vaikutti Porin ryhmäläisten alkukyselyssä (2011) esille tuomat toiveet liikuntakokeiluista. Ryhmän vetäjät arvioivat ja valitsivat liikuntalajit (Kuvio 5) sekä suorituspaikat (Kuvio 6), joihin neuvontaryhmissä tutustuttiin. Liikuntalajien valinnassa korostettiin mahdollisuutta lajien soveltamiseen ja liikuntapaikoissa esteettömyyttä.

Kuntosali ja vesivoimistelu olivat suosittuja sekä näiden liikuntapaikat osalle jo entuudestaan tuttuja ennen neuvontaryhmiä. Tämä selitti kuntosalissa kävijöiden määrän vähäisen lisääntymisen seurannan aikana (Kuvio 2), vaikka harrastajien määrä oli suurin verrattuna muihin neuvontaryhmän liikuntamuotoihin (Kuvio 5). Vesivoimistelijoiden määrä sen sijaan oli lisääntynyt kolmella seurannan aikana.

Selkein muutos oli tapahtunut keilaamisen harrastamisessa, jota ei vielä alku- ja loppukyselyn aikana harrastanut kukaan, mutta jo seurannan aikana neljä ryhmäläistä jatkoi keilaamista itsenäisesti. Lajina keilaaminen on hyvä harjoitusmuoto, sillä se vaatii silmä-käsi – koordinaation ja kehon sekä vartalon symmetrian hallintaa, joka useimmilla Parkinson- ja Aivohalvauspotilailla on heikentynyt. Neljä ryhmäläistä seitsemästä korvasi aikaisemman kotijumppansa tasapainoharjoituksilla seurannan aikana. Neljä ryhmäläistä oli myös erikseen toivonut alkukyselyssä neuvoja tasapainon ylläpitämiseen, mutta vain kaksi heistä jatkoi tasapainoharjoittelua seurannan aikana.

Suurin osa ryhmäläisistä (15) tutustui hankkeen aikana Porin vanhaan uimahalli-kuntosalikeskukseen. Seurannan aikana käytössä oli kuitenkin vain Porin uusi uimahalli-kuntosalikeskus. Osallistujamäärät osoittavat, että ryhmäläiset olivat oma-aloitteisesti rohkaistuneet ja motivoituneet harrastamaan ryhmäliikuntaa vielä neuvontaryhmien jälkeenkin, mutta myös eri kokoonpanoissa ja liikuntapaikoissa kuin hankkeen aikana.

Kahdeksan vastaajista ei harrastanut liikuntaa liikuntapaikoissa, joihin heidät hankkeen aikana tutustutettiin. Nämä ryhmäläiset harrastivat liikuntaa, joka ei ollut aikaan ja paikkaan sidottua.

9.4 Liikuntakaverin löytäminen

Alkukyselyn perusteella vain yhdellä ryhmäläisellä oli tavoitteena henkilökohtaisen liikuntakaverin löytäminen. Tämä tavoite ei toteutunut neuvontaryhmien eikä seurannan aikana. Muut neuvontaryhmissä kävijät toivoivat lähinnä liikunnan vertaisryhmää, jossa olisi mahdollisuus harrastaa liikuntaa fyysisesti saman-

tasoisten ryhmäläisten kanssa. Lähes kaikki neuvontaryhmäläiset harrastivat vielä itsenäisesti liikuntaa ja osalla oli avustaja jo neuvontaryhmään tullessaan. Keilaamisen parista löytyi myöhemmin yhdelle henkilölle liikuntakaveri, joka oli myös neuvontaryhmäläinen.

9.5 Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan hyödyt ja ongelmat

Vertaistuki ja ryhmä kannustivat ryhmäläisiä yrittämään. Liikuntalajit olivat osalle jo entuudestaan tuttuja, mutta ryhmäläiset kokivat, että liikuntalajien ja ohjeiden kertaus oli paikallaan. Ohjaajien neuvonta ja kannustus toi liikkumiseen innostusta ja mielihyvää. Lisäksi ohjaajien asiantuntevaa tietoa ja sen soveltamista potilasryhmien ongelmiin arvostettiin. Neljännes vastaajista koki saaneensa uutta tietoa ja päivitystä Porin liikuntatarjonnasta.

Kaikki ryhmäläiset kokivat ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan hyödylliseksi ja tarpeelliseksi, mutta se ei kuitenkaan näkynyt ryhmäläisten seurannan aikana harrastamien liikuntalajien ja liikkumisen määrissä. Osa olisi kaivannut ryhmille jatkoa nopeammin, jotta saavutettu harrastamisen rytmi olisi säilynyt. Tutuksi tulleiden ryhmäläisten kanssa liikunnan jatkaminen olisi ollut turvallista ja kannustavaa. Näin myös innostus ja liikuntamotivaatio olisi monen kohdalla säilynyt pidempään. Koettiin myös, että neuvonnan vaikutus ja mahdollisuus vertaistukeen olisi ollut parempi, jos kommunikaatio-ongelmallisille ja liikehäiriöisille olisi ollut omat neuvontaryhmänsä. Nuoremmat toivoivat omia liikuntaneuvonta- ja liikuntaryhmiä.

Puhelinkeskustelussa 18.6.2013 Porin liikuntatoimen erityisryhmien liikunnanohjaajan kanssa selvisi, että neuvontaryhmille ei järjestynyt jatkoa hankkeen päätymisen jälkeen. Liikuntaharrastuksen jatkaminen edellytti, että ryhmäläisten piti itsenäisesti hakeutua Porissa tarjolla oleviin liikuntapalveluihin, joita oli esitelty neuvontaryhmissä. Voidaan myös ajatella, että ryhmäläiset aktivoituivat liikkumaan omaehtoisesti enemmän kuin alkuvaiheessa, koska tarjolla ei ollut sopivia liikuntaryhmiä hankkeen neuvontaryhmien jälkeen.

10 POHDINTA

Ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli (liite 1.) pilottimuodossaan motivoi terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia Parkinsonin tautia sairastavia ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita omaehtoiseen, monipuolisempaan liikuntaan, mutta liikunnan määrä palautui lähtötasolle seurannan aikana. Oliko liikuntaan motivoituminen ryhmissä jäänyt kesken, jolloin motivaatio ei riittänyt ikääntyneillä, etenevää pitkäaikaissairautta sairastavilla liikuntamäärien lisäämiseen ja ylläpysymiseen?

Toisaalta, olisiko ryhmäläisten liikunnan määrä voinut laskea alle lähtötason tai olisivatko he motivoituneet harrastamaan useampaa liikuntalajia ilman ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa? Hankkeen aikaisten verrokkiryhmien avulla näitä asioita olisi voitu vertailla myös hankkeen jälkeen.

10.1 Motivaation merkitys pitkäaikaissairaana liikunnan harrastamisessa

Neuvontaryhmäläisten motivoitumisen prosessia neuvontaryhmissä voidaan verrata elämäntapamuutoksen muutosvaihemalliin (Kuvio 7). Ryhmäläisten oletettiin työstäneen esiharkinta- ja harkintavaiheen itsenäisesti, läheisen tai terveydenhuollon ammattilaisen avustuksella ennen neuvontaryhmiin tuloaan. Elorannan & Virkin (2011, 77) mukaan otollisin ajankohta neuvontaryhmätöinnin aloittamiselle olisi ollut päätöksenteko- tai valmistautumisvaihe. Neuvontaryhmissä heillä oli mahdollisuus edetä muutoksen valmistautumisvaiheesta toimintavaiheeseen. Ryhmäläisten toimintatapojen muutokset käytännön tasolla eivät ehkä olleetkaan ehtineet vahvistua tarpeeksi neuvontaryhmien aikana. Tämä selittäisi osittain ristiriidan koetun hyödyn ja toteutuneen liikunnan määrän suhteen; ryhmäläiset kokivat liikunnan hyödylliseksi, mutta uudet liikunnalliset toimintatavat eivät olleet tarpeeksi juurtuneet jatkuakseen itsenäisesti ylläpitovaiheeseen. Ylläpitovaiheessa ryhmäläiset olisivat voineet olleet vahvempia kestämaan sairauden etenemisen tuomat uudet toimintakyvynrajoitteet,

jotka kyseenalaistivat liikunnan mielekkyyden ja altistivat ryhmäläiset repsahdukseen muutosvaiheissaan.



Kuvio 7. Elämäntapamuutoksen vaiheet (Prochaskan ym. 1992).

Savolainen pohti Ryhmävoimaa -hankkeen Porin neuvontaryhmäläisten yhtenä ohjaajana lisäryhmien tarvetta ja niiden sijoittamista pidemmälle aikavälille (Savolainen 2011, 39). Muutosvaihemallin mukaisesti ryhmäläisten motivoitumisen eteneminen ylläpito-vaiheeseen olisi edellyttänyt neuvontaryhmien tai liikunnan määrän lisäämistä pidemmälle aikavälille esim. ohjaamalla ryhmäläisiä "saattaen" kunnan alueella säännöllisesti jo toimiviin liikuntaryhmiin. Tällöin ryhmäläisten motivaatio liikkumiseen olisi mahdollisesti vahvistunut ja pysynyt yllä näiden liikuntaryhmien avulla neuvontaryhmien jälkeenkin. Omaehtoista, yksilöllistä liikuntaa harrastaville olisi voitu järjestää motivaatiota ylläpitävää seurantaa

esim. terveydenhuollon ja paikallisten vammaisyhdistysten vapaaehtoistyöntekijöiden kanssa yhteistyössä esim. puhelinhaastattelun avulla.

Urheilupsykologi Tuomas Grönman toteaa Turun Sanomien haastattelussa (8.9.2013), että jos ulkokohtaiset motiivit ovat urheilun perusta, koko urheilun mielekkyyden saattaa kyseenalaistaa heikolla hetkellä. Neuvontaryhmäläisenkin tulisi olla sisäisesti motivoitunut liikunnan harrastamiseen esim. oman hyvinvointinsa kautta. Sisäinen motivaatio ei ole riittävä, jos ryhmäläinen käy neuvonnassa esim. vain miellyttääkseen omaista tai hoitavaa lääkäriä.

10.2 Kehittämis- ja jatkohanke-ehdotukset

Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020, korostavat arjen istumisen vähentämistä ja liikunnan lisäämistä elämäntavassa, liikunnan keskeisyyttä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Tavoitteet ovat samat sekä erityisryhmien että ikäihmisten liikunnassa. (STM 2013:10, 4, 27, 28.)

Ryhmämuotoinen liikuntaneuvontamalli tulisi toteuttaa kunnissa yhteistyössä liikunta- ja terveystoimen sekä kolmannen sektorin edustajien kanssa siten, että neuvontaryhmät olisivat osa jo olemassa olevaa terveydenhuollon palveluketjua (Karvinen 2011, 15–16). Tämä edellyttäisi näiltä toimijoilta yhteistyössä soveltavan liikuntatoiminnan ja liikuntaryhmien kartoittamista, jotta tiedetään, mihin liikuntaryhmiin ja palveluihin ryhmäläisiä ohjataan sekä juurrutetaan neuvontaryhmien aikana liikunnallisen elämäntavan saavuttamiseksi. (STM 2013:10, 38; STM 2013:11, 27–28.)

Hankkeen potilasryhmät tarvitsevat erityisliikuntaneuvontaa, jossa huomioidaan sairausryhmien erityispiirteet liikunnan harrastamisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen suhteen. Neurologisen sairauden eteneminen, toimintakyvyn muutokset, ikääntyminen ja ongelmien lisääntyminen edellyttävät ryhmäläisten neuvonnan säännöllistä päivittämistä sekä jo olemassa olevien, että ennestään tuttujen liikuntalajien uudelleen soveltamista. Ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa voitai-

siin toteuttaa tasoryhmissä kolmella eri tasolla; omatoimisille, hieman tukea liikumisessa tarvitseville sekä apuvälinein liikkuville (STM 2004:6, 17–18). Liikuntaneuvonnan päivittäminen on mahdollista, jos tasoryhmät ovat olemassa.

Neuvontaryhmien kokoa voitaisiin säädellä neuvonnan vaativuuden mukaan, jolloin esim. kommunikaatio- ja toimintakyvyltään rajoittuneemmat saisivat myös heidän tilanteeseensa kohdennettua neuvontaa ja vertaistukea. Vaihtoehtoisesti osa neuvonnasta voitaisiin toteuttaa yhteisessä ryhmässä, mutta esim. liikuntalajeihin, kunnan liikuntaryhmiin tutustuminen sekä käytännön harjoitteet toteutettaisiin tasoryhmien tai toimintakyvyn mukaan eriytetysti.

Hankkeen neurologiset ryhmät ovat myös ohjauksellisesti haastavia ja ryhmäläiset moniongelmaisia. Terveystenhuollon koulutus, ammattitaitoinen ohjaus ja sen ylläpitäminen ovat edellytys yksilöllisen liikuntaneuvonnan (STM 2013:11, 40; STM 2004:6, 44), mutta myös ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan toteuttamiselle ja ohjaamiselle. Hankkeen vammaisjärjestöt ovat jo vuosia antaneet soveltavaa liikuntaneuvontaa potilasjäsenilleen sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssien sekä avokuntoutuksen yhteydessä. Lisäksi järjestöt ovat kouluttaneet terveydenhuollon ja liikunnanalan ammattilaisia potilasryhmiensä erityispiirteistä. Käypä hoito-suositusten mukaan liikuntaneuvontaa saaneet ovat parhaimmin motivoituneet terveydenhuollon ammattilaisten antamasta liikuntaneuvonnasta.

10.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Seurantakyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista Ryhmävoimaa-hankkeen Porin liikuntaneuvontaryhmiin osallistuneille. Kaikille kyselyyn halukkaille ryhmäläisille järjestettiin mahdollisuus osallistua ja vastata kyselyyn (Kankkunen ym. 2009, 177–180). Heille kerrottiin saatekirjeessä, mihin kerättyä tietoa käytettiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Kyselyyn vastanneiden vireystila, mielentila ja ajankohta (esim. lääkityksen suhteen) saattoivat yleisesti vaikuttaa vastauksiin. Haastattelijan henkilökohtainen

yhteydenotto puhelimitse saattoi myös motivoida vastaajaa antamaan sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2009, 206–207).

Opinnäytetyön tekemiseen oli Suomen Parkinson-liiton operatiivisen johdon lupa. Opinnäytetyön toteuttamisessa noudatettiin Suomen Parkinson-liiton työntekijöille laadittuja eettisiä sääntöjä esim. vaitiolovelvollisuudesta, asiapapereiden säilyttämisestä jne. Tutkimustuloksissa ei myöskään mainittu nimiä tai tunnistettavia tietoja ryhmäläisistä (Kankkunen ym. 2009, 179). Kyselylomakkeet arkistoidaan opinnäytetyön valmistuttua Suomen Parkinson-liiton arkistoon 10 vuodeksi, jonka jälkeen ne hävitetään (Kirjanpitolaki 1997/1336).

Seurantakyselyn toistaminen uudelleen Porin pilottiryhmäläisille samalla mallilla on mahdollista, jos halutaan tietoa heidän liikkumisestaan vielä pidemmältä välialajalta. Toisaalta ryhmäläisten määrä ei ole liian suuri esim. puhelinhaastattelun toteuttamiseen. Tällöin saisi vielä tarkempaa tietoa heidän liikunnan harrastamisestaan kyselyn hetkellä ja varmistettaisiin vastaajan ja kysyjän yhteinen näkemys kysymyksen tarkoituksesta. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla haastattelu pysyy käsiteltävän teeman sisällä. Ikääntyminen ja sairauden eteneminen vaikuttavat tulevaisuudessa ryhmäläisten kykyyn vastata seuranta-kyselyyn, jolloin vastausprosentti voi olla selvästi alhaisempi.

Seurantakysely antoi riittävän vastauksen neuvontamallin toimivuudesta pitkällä aikavälillä. Tulokset helpottivat mallin kehittämistä vielä toimivammaksi ryhmäläisten näkökulmasta. Toisaalta kolmen, eri ajankohtina tehdyn kyselyn vertailu keskenään ja erikseen, oli haasteellista, mutta mielenkiintoista.

Seurantakyselyn suorittaminen myös esim. Seinäjoen pilottiryhmille olisi antanut mahdollisuuden verrata laajemmin hankkeen mallin mukaisesti toteutetun ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta. Näin olisi saatu vielä luotettavampaa tietoa Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan vaikutuksista. Seurantakyselyn rajaamisella vain Porin pilottiryhmiin varmistettiin opinnäytetyön tekijän resurssien käytön riittävyys.

10.4 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Ryhmävoimaa-hankkeessa todettiin yhtenä tavoitteena olleen liikuntakaverin löytyminen, jonka kanssa voisi yhdessä harrastaa liikuntaa. Porin neuvontaryhmäläisten joukossa oli ainoastaan yksi henkilö, joka oli toivonut löytävänsä henkilökohtaisen liikuntakaverin. Tämä tieto löytyi myöhemmin alkukyselylomakkeista, jotka löytyivät vasta seurantakyselyn postituksen jälkeen. Sen sijaan alkukyselyn mukaan monet kaipaivat liikuntaryhmää, jossa liikkua vertaisten kanssa yhdessä. Kysymyksen liikuntakaverin löytymisestä olisi voinut seurantakyselyssä korvata kysymällä ryhmäläisiltä, olivatko he löytäneet itselleen sopivaa liikuntaryhmää neuvonnan jälkeen.

Yhteydenotot Porin erityisryhmien liikunnanohjaajaan (18.6.2013) ja neuvontaryhmien toiseen ohjaajaan (24.7.2013) selkeyttivät käsitystä ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan toteutumisesta Porissa. Ongelmaksi neuvontaryhmien jatkumiselle koitui resurssipula sekä terveydenhuollon että liikuntatoimen henkilöstön kohdalla. Jatkotutkimuksena voitaisiinkin kartoittaa ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan toteutumiseen liittyviä ongelmia kuntien liikunta- ja terveystoimen alueilla esim. terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Kuntien odotetaan vuoteen 2020 mennessä panostavan ikäihmisten ja liian vähän terveytensä kannalta liikkuvien kuntalaisten terveysneuvontaan ja liikuntaan, jotta he istuisivat vähemmän ja liikkuisivat enemmän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:10, 4.) Tämä edellyttää, että yhteistyöverkostot toimivat niin kunnan sisällä kuin ulkopuolella.

LÄHTEET

- Aittasalo, M. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta, s. 197–202. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.
- Aivoliitto ry. 2013. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. Viitattu 29.8.2013 www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2012_web.pdf
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. AKATIIMI oy, Hamina 2007.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- EPDA (European Parkinsons Disease Association), 2011. The European Parkinson's disease standards of care consensus statement. 4-11. Volume I. EPDA 2011.
- EPDA (European Parkinsons Disease Association), 2012. Advanced Parkinson's Pathfinder, a guide for people with advanced Parkinson's and those who care for them. Abbot 2012.
- Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. 1999. Arviointi ja asiantuntijuus. Tammer-Paino Oy, Tampere 1999.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. osin uudistettu painos. Tammi. Hämeenlinna 2009.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. WSOY pro oy. Helsinki 2009.
- Karvinen, E., Kalmari, P. & Koivumäki, K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma; Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30. Viitattu 26.10.2013 www.minedu.fi/OPM/julkaisut
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R.O. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 271–284.
- Kersey, N., Elley, C., Robinson, E. & Arroll, B. 2005. Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized, Controlled Trial in Primary Care. JAGS 53:1951-1956. The American Geriatrics Society.
- Kiiskinen, U., Vehkonen, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. Terveystiedon edistämisen mahdollisuudet, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus, STM 2008:1.
- Kirjanpitolaki 30.12.1997/1336. Viitattu 27.3.2013. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1997/19971336
- Koivunen, S., Nurmi, U., Piittisjärvi, T. ja Virtanen, T. 2002. Liikunta ja Parkinsonin tauti. Suomen Parkinson-liitto ry. Viitattu 26.3.2013. www.parkinson.fi/sites/default/files/liikuntaopas.pdf
- Kolt, G.S., Schofield, G.M., Kerse, N., Garrett, N. & Oliver, M. 2007. Effect of Telephone Counseling on Physical Activity for Low-Active Older People in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society 2007, 55:986-992.

Kuopio, A-M. 2012. Terveyskeskuslääkärin Parkinson-opas. 7.painos. Turku. ORION PHARMA.

Käypä hoito-suositus. 2011. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 4.10.2013. www.kaypahoito.fi

Käypähoito-suositus. 2012. Liikunta. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. viitattu 10.10.2013. www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 27.3.2012. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Li, F., Harmer, P., Fitzgerald, K., Eckström, E., Stock, R., Galver, J., Maddalozzo, G. & Batya, S. 2012. Tai Chi and postural stability in patients with Parkinson's disease. The New England Journal of Medicine 2012;366: 511-519.

Liikuntalaki 18.12.1998/1054. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054

Liippola, P. & Lumimäki, V. 2013. Liikunta aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Opas verenkiertohäiriön sairastuneille, heidän omaisilleen ja ammattilaisille. Tuotettu osana Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yksi elämä – hanketta. 1,2,6,9-12. www.aivoliitto.fi/aivoliitto_ry/verkkokauppa/aivoverenkiertohairiot?C=17&product_id=147

Martikainen, K. 2011. Parkinson potilas ja liikunta/Verenkiertohäiriön sairastanut ja liikunta. Koulutuspäivä Ryhmävoimaa-hankkeen ohjaajille 9.4.2011. Neurologi Kirsti Martikainen. Suomen Parkinson-liitto ry, Aivoliitto ry ja Suomen Parkinson Säätiö, Turku 2011.

Moisio, M. 2012. Ryhmävoimaa-hanke 2010-2012. Ryhmämuotoisen liikuntaneuvontamallin pilotointi Parkinsonin tautia sairastaville ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneille. Suomen Parkinson-liitto ry.

Mäntä Minna. 2010. Early signs of mobility decline and physical activity counseling as preventive intervention in older people. Studies in Sport, physical Education and Health, no. 147.

Nikkola, T. 2011. Oppimisen esteet ja mahdollisuudet ryhmässä –syllisyyden kehittyminen syntipukki-ilmiöksi opiskelijaryhmässä ohjaajan tulkitsemana. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2011.

Nupponen, R., Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Paahtama, S. & Välimäki, S. 2012. Arkeen Voimaa – ryhmästä (2012–2014) tukea pitkäaikais-sairausten oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Viitattu 4.10.2013. www.kunnat.net

Patton, Michael Quinn 1997. Utilization Focused Evaluation. The new Century Text. kolmas painos. Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage.

Pietilä, H. 2009. Aivovoimaa! 2007-2009 liikunnasta voimaa aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ja Parkinsonin tautia sairastavien vanhuuteen. Aivoliitto ry.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. 1992. In search of how people change applications to addictive behaviors. American Psychologist. 1992. Vol 47. No.9, 1102–1114.

Rahko, V. 2010. Liikuntaneuvonta terveyden edistämiseksi. Salon kaupungin liikuntaneuvonnan kehittäminen.6. Opinnäytetyö, Fysioterapian (ylempi) koulutusohjelma. Turun Ammattikorkeakoulu.

Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Leinonen, R., Lintunen, T. & Rantanen, T. 2007. Motives for barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. Journal of Aging and physical activity.

Savolainen J. 2011. Ryhmävoimaa!-liikuntaneuvontaryhmä Parkinsonin tautia sairastaville ja Aivoverenkiertohäiriön sairastaneille. Opinnäytetyö, Fysioterapian koulutusohjelma. Satakunnan Ammattikorkeakoulu.

STM 2004:6. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Viitattu 26.2.2013 <http://pre20090115.stm.fi/pr1084342368724/passthru.pdf>

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Viitattu 28.10.2013. www.stm.fi/julkaisut

STM 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. 4, 27–28,38. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:10. Viitattu 28.10.2013 www.stm.fi www.okm.fi

Suomen Parkinson-liitto ry 2013. Parkinsonin tauti. Viitattu 25.10.2013. www.parkinson.fi

Terveydenhuoltolaki 30.12.2012/1326. Viitattu 27.3.2013. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P13

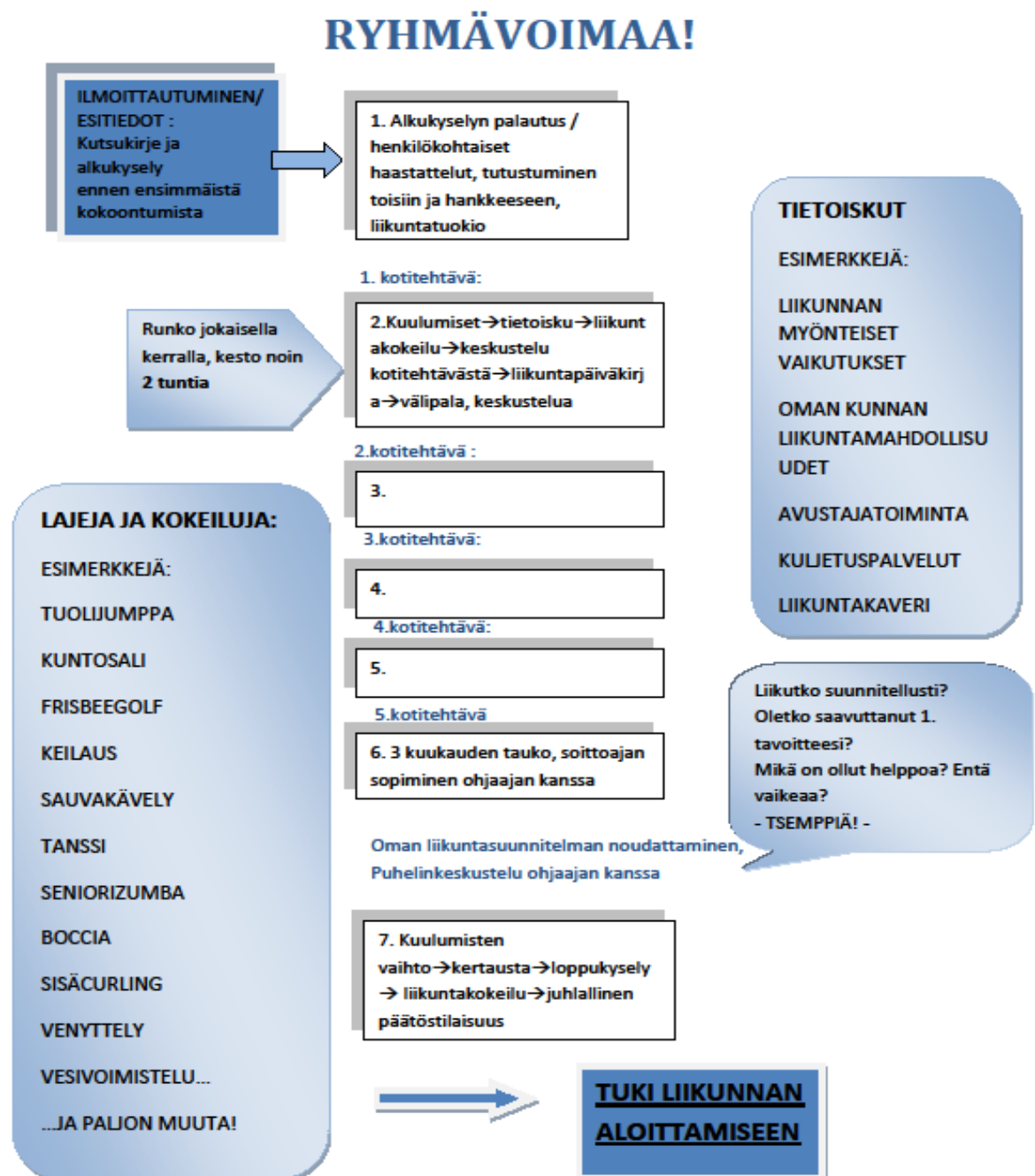
Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, 2002.

UKK-instituutti 2011. Soveltavat Liikuntapiirakat. Viitattu 10.3.2013. www.ukkinstituutti.fi

Virtanen, T. 2004. Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa – projekti 2001–2004. Suomen Parkinson-liitto ry. Priimus Paino oy 2004. Viitattu 26.3.2013 www.parkinson.fi/sites/default/files/kuntousustukip_parkinson.pdf

Vuori, I. 2011. Valtimoita ahtauttavat sairaudet. Teoksessa Fagelholm, m., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Valtimoita ahtauttavat sairaudet. 2 uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Liite 1. Ryhmävoimaa-hankkeen (2010-2012) neuvontamalli



Liite 2. Ryhmävoimaa-hankkeen alkukyselylomake (2011)

ALKUKYSELY

Nimi _____

Ikä _____

AVH / Parkinson (rengasta vaihtoehto)

Mistä sait tietoa ryhmästä?

liiton lehti

liikuntatoimi / terveystoimi

yhdistys

muu tahoa, mikä _____

Miksi hakeuduit ryhmään?

jatkoa kuntoutukselle

saadakseni motivaatiota liikuntaani

lisätäkseni liikuntaani

lisätäkseni monipuolisuutta liikuntaani

saadakseni ohjeita liikuntaani

tavatakseni muita vastaavassa tilanteessa olevia

uusia kokemuksia, vaihtelua arkeen

omaisen toiveesta

muu syy _____

Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

en mitään

asiointikävely

puutarhanhoito

ulkoilu/kävely

sauvakävely

uinti

vesivoimistelu

soutu/melonta

kuntosali

tuolijumppa

tanssia

kotijumppa

boccia

pyöräily

muu, mikä _____

Kuinka usein?

päivittäin

2-3 x viikossa

kerran viikossa

1-2 x kuukaudessa

muulla tavoin _____

Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne?

fyysiset rajoitteet

kaatumisen pelko

saamattomuus

mieliala

ei pidä liikunnasta

ympäristön esteellisyys

liikuntakaverin puute

ei sopivia liikuntapaikkoja

kuljetus/kyyti ongelmat

muu, mikä _____

Mihin liikuntalajiin haluaisit ryhmän mukana tutustua?

Mihin liikuntapaikkaan haluaisit ryhmän mukana tutustua?

Mitä odotuksia sinulla on ryhmän suhteen?

Henkilökohtainen tavoitteesi _____

Päivämäärä

Allekirjoitus

Liite 3. Ryhmävoimaa-hankkeen loppukyselylomake (2011)

LOPPUKYSELY

Nimi _____

Ikä _____

AVH / Parkinson (rengasta vaihtoehto)

Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

en mitään

asiointikävely

puutarhanhoito

ulkoilu/kävely

sauvakävely

uinti

vesivoimistelu

kuntosali

tuolijumppa

kotijumppa

boccia

pyöräily

muu, mikä _____

Kuinka usein?

päivittäin

2-3 x viikossa

kerran viikossa

1-2 x kuukaudessa

muulla tavoin _____

Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne tällä hetkellä?

fyysiset rajoitteet

kaatumisen pelko

saamattomuus

mieliala

ei pidä liikunnasta

ympäristön esteellisyys

liikuntakaverin puute

ei sopivia liikuntapaikkoja

kuljetus/kyyti ongelmat

muu, mikä _____

Olitko tyytyväinen liikuntalajeihin, joihin ryhmä tutustui?

kyllä

ei

Olitko tyytyväinen liikuntapaikkoihin, joihin ryhmä tutustui?

kyllä

ei

Toteutuivatko odotuksesi ryhmän suhteen?

kyllä

ei

Toteutuiko henkilökohtainen tavoitteesi?

kyllä

ei

Aiheutuiko sinulle kustannuksia ryhmään osallistumisesta, millaisia?

Miten koit kahden eri sairausryhmän yhteisen ryhmäliikuntaneuvonnan?

Mitä muuta palautetta haluaisit antaa?

Päivämäärä

Allekirjoitus

Liite 4. Opinnäytetyön seurantakysely (2013)

SEURANTAKYSELY

Nimi _____

Ikä _____

Rengasta oikea vaihtoehto:

Sairastatko AVH / Parkinsonin tautia

1. Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

- a. en mitään
- b. asiointikävely
- c. puutarhanhoito
- d. ulkoilu/kävely
- e. sauvakävely
- f. uinti
- g. vesivoimistelu
- h. kuntosali
- i. tuolijumppa
- j. kotijumppa
- k. boccia
- l. pyöräily
- m. muu, mikä _____

2. Kuinka usein harrastat liikuntaa tällä hetkellä?

- a. päivittäin**
- b. 2-3 x viikossa**
- c. kerran viikossa**
- d. 1-2 x kuukaudessa**
- e. muulla tavoin _____**

Rengasta oikea vaihtoehto:

3. Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne tällä hetkellä?

- a. fyysiset rajoitteet
- b. kaatumisen pelko
- c. saamattomuus
- d. mieliala
- e. ei pidä liikunnasta
- f. ympäristön esteellisyys
- g. liikuntakaverin puute
- h. ei sopivia liikuntapaikkoja
- i. kuljetus/kyyti ongelmat
- j. muu, mikä _____

4. Harrastatko niitä liikuntalajeja, joihin tutustuit ryhmävoimaa-hankkeen aikana?

- a. ei (siirry suoraan kysymykseen 6.)
- b. kyllä/ ympyröi myös harrastamasi laji

tuolijumppa

tasapainoharjoittelu

kuntosaliharjoittelu

vesijuoksu

vesijumppa

keilaaminen

5. Harrastatko liikuntaa niissä paikoissa, joihin ryhmäsi hankkeen aikana tutustui?

- a. ei
- b. kyllä/ ympyröi myös liikuntapaikka

kuntosali

uimahalli

keilahalli

6. Löysitkö hankkeen ryhmästä liikuntakaverin, jonka kanssa harrastat edelleen liikuntaa?

a. ei

b. kyllä

7.Millaista hyötyä koet saaneesi ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta?

8.Jos et koe saaneesi hyötyä ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta, minkä takia et?

Päivämäärä

Allekirjoitus

Kiitos vastauksistasi!

Liite 5. Saatekirje neuvontaryhmäläisille

Turun Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma/Fysioterapeutti
Ruiskatu

19.4.2013

SAATEKIRJE

TURKU

Hyvä Porin Ryhmävoimaa-hankkeeseen osallistuja,

Tarkoitukseni on tutkia Ryhmävoimaa-hankkeessa (2010–2012) pilotoidun ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan pitkäaikaisvaikutuksia Porin neuvontaryhmäläisten omaehtoisen liikunnan harrastamiseen.

Ohessa olevan kyselylomakkeen avulla tarkoitukseni on selvittää, miten saamanne liikuntaneuvonta vaikuttaa teidän liikunnan harrastamiseen tällä hetkellä, noin 2 vuotta neuvontaryhmien päättymisen jälkeen. Toivon teidän palauttavan kyselylomakkeet täytettynä viimeistään 6.5.2013 mennessä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta koska tutkimukseni käsittää vain Porissa ryhmävoimaa-hankkeeseen osallistuneet, olisi osallistumisenne kyselyyn kuitenkin äärimmäisen tärkeää.

Vastauksianne käytetään opinnäytetyöni tekemiseen, jonka avulla haetaan myös lisätietoa Parkinson-liiton ja Aivo-liiton yhteiseen Terveysliikunnan jatkohankkeeseen vuosille 2014–2016.

Voin haastatella teitä myös puhelimitse kyselylomakkeen mukaisesti tai jos kyselylomakkeen vastaukset vaativat lisäselvityksiä, olen teihin yhteydessä puhelimitse viikoilla 19-20.

Kaikki vastauksenne ovat luottamuksellisia eikä henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa tutkimuksessa esille.

Kiittäen,

Taina Piittisjärvi, Fysioterapeutti, AMK-opiskelija, Turun Ammattikorkeakoulu

puh. 02 2740 435 taina.piittisjarvi@parkinson.fi